

早期胃ガン治療の第一選択として注目される「ESD」。
画期的に進歩した内視鏡による治療のすべてを完全図解！

講談社 編

ガンを切らずに治す 内視鏡治療 「ESD」がわかる本

胃ガンの
4人に1人が
ESDで
手術をせずに
治っている！



特別付録

内視鏡治療が上手な
全国厳選医師リスト

後藤田卓志

国立国際医療研究センター
内視鏡科長、消化器科医長

小田一郎

国立がん研究センター中央病院
消化管内視鏡科

吉原清児

医療ジャーナリスト



講談社

ガンを切らずに治す

内視鏡治療「ESD」がわかる本

もくじ

はじめに……1
メッセージ 安心してください！ 早期胃がんは治る病気です……6
本書の役立て方……8

PART 1

「ITナイフ」が早期胃がん治療を変えた！……9

- 進化した治療「切らずに治る」胃がんの新常識……10
- 3大特徴 進化した内視鏡治療。3つの「すごい」……12
- 治療室 内視鏡治療室へ一歩入るとこんな感じ……14
- 内視鏡のしくみ こんなにある！ 内視鏡の使い道……16
- 切除方法 内視鏡治療ESDの流れ……18
- 最新機器 早期胃がん治療を進化させた内視鏡メス……20

EMRとの比較

- EMRとの比較 ESDは従来型EMRとどう違う？……22
- 実際 切らずに痛みもなく、がんが「治った」……24
- コラム① 「超早期がん」も見つける特殊光内視鏡NB……26

PART 2

胃がんの「常識」あなたはどこまで知っているか……27

- 胃の構造① 消化器官のひとつ。切除すれば機能が落ちる……28
- 胃の構造② 胃がんがでやすい場所はどこか……30
- 内視鏡検査① 内視鏡検査なくして早期発見なし……32
- 内視鏡検査② 胃の中を内視鏡はこつ進む……34
- がんの診断① 早期胃がんと進行胃がんはここが違う……36
- がんの診断② 「胃生検」の次に「病期（ステージ）」を見極める……38
- コラム② 胃がんになりやすい危険度がわかる！ ビロリ菌とヘブシノゲン検査……40

PART 3

ESDを選択する前に確認したいポイント10……41

- 治療前チェック① 「早期がんである可能性が高い」といわれましたか？……42

PART 4

知っておきたい内視鏡治療の実際

～診断から退院まで～・・・63

- 治療前チェック②
- 治療前チェック③
- 治療前チェック④
- 治療前チェック⑤
- 治療前チェック⑥
- 治療前チェック⑦
- 治療後チェック①
- 治療後チェック②
- 治療後チェック③
- コラム③

- リンパ節転移のない粘膜内のガンですか？・・・44
- あなたのガンは内視鏡で治せる大きさですか？・・・46
- ガンの特徴は「分化型」ですか？・・・48
- ガンの場所は内視鏡で取りやすい部位ですか？・・・50
- 内視鏡治療にともなうリスクを知っていますか？・・・52
- 内視鏡治療がベストの方法といわれましたか？・・・54
- 病理組織検査の結果は「転移なし」ですか？・・・56
- 最終的根治度の判定は「治癒切除」ですか？・・・58
- 追加手術の必要なし。経過観察となりましたか？・・・60
- 「再発」と間違われやすい「異時性多重ガン」・・・62

- 自己管理
 - 診断から退院までの流れを知る・・・64
 - 専門病院を受診するには・・・66
- 外来予約
 - 入院診療計画書で治療内容を理解する・・・68
- 治療計画
 - 治療・入院生活についての説明を受ける・・・70
- 治療前日
 - 前処置が済むといよいよ治療開始・・・72
- 治療当日
 - 治療後、翌日から自分の足で歩ける・・・74
- 退院まで

- 費用
 - ESDの医療費は実際にいくらかかるのか・・・76
- コラム④
 - 無痛胃カメラって何？・・・78

PART 5

退院後の生活で 注意したいこと・・・79

- 退院後
 - 経過観察。次回はいつごろ受診すればいい？・・・80
 - 食生活①
 - 2週間はアルコールや刺激物を控えること・・・82
 - 食生活②
 - おすすめの食べ物・気をつける食べ物・・・84
 - 胃腸の働きをよくする簡単体操・・・86
 - コラム⑤

特別付録

- 内視鏡治療が上手な全国厳選医師リスト・・・87
- 大腸ESDが受けられる全国病院リスト・・・96

安心してください! 早期胃ガンは治る病気です



【早期胃ガンは
ほぼ100パーセント治る】

胃ガンの標準治療は手術とされています。手術を受けた早期胃ガンの人が治療する割合（5年生存率）は、ガンが胃の粘膜内にとどまっている早期胃ガンでは95パーセント、粘膜下層まで達している場合でも95パーセントとまわめて良好です。

一方で、おなかを切らずに治るESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）は、「究極の早期胃ガン治療」といわれている胃ガンの最新治療です。この内視鏡治療でも、本当に手術と同じくらいの治療成績が得られるのでしょうか？ 答えは「イエス」です。

早期の胃ガンはほぼ100パーセント治ります。しかも、その半数は手術しないで治るということです。

【データからわかった「切らずに治る」早期胃ガンの条件】

その医学的根拠を、左表に示しています。これは、胃ガン治療のメッカである国立がん研究センター中央病院とがん研有明病院において、過去38年間（1976～2014年）に、早期胃ガンで開腹手術を受けた5265人分のカルテをくわしく調べたものです。5265人中、手術後に行われた病理検査結果をみると、リンパ節転移のない早期胃ガンが2445人と半数近くを占めました。



手術後にリンパ節転移のなかった 早期胃ガン 4つのタイプ (5265人中)

ガンの種類	ガンの深さ	ガンの大きさ	浸癌の有無	
1. 分化型	粘膜ガン	ガンの大きさが3cm以下	浸癌なし	1230人
2. 分化型	粘膜ガン	ガンの大きさに制限なし	浸癌なし	828人
3. 分化型	粘膜下浸潤ガン (ガンの深さが粘膜下層15mm以内)	ガンの大きさが3cm以下	浸癌の有無を問わず	145人
4. 未分化型	粘膜ガン	ガンの大きさが2cm以下	浸癌なし	141人

(Gotoh T, et al. Gastric Cancer, 2009)



1～4の条件を満たす早期胃ガンは
「おなかを切らずに治る胃ガン」です

このデータに基づく形で、早期胃ガンに対する内視鏡治療ESD (Endoscopic Submucosal Dissection) は2006年4月に保険認可されました。以降、新しい胃ガン治療として全国的に広まりつつあります。

不安や
疑問を
解消！

本書の役立て方

早期胃ガンの可能性がある方、内視鏡による治療を選択した方、家族が早期胃ガンとわかった方……思い込み、思い違いは不安感を増すもとになってしまいます。早期胃ガンを治すための正しい知識をしっかりと学びましょう。

「早期胃ガンの可能性が あります」 といわれた方

「私はガンで死ぬの？」

ガンといっても進行度や種類はさまざま。まずは胃ガンの基礎知識を正しく理解しましょう。

▶ PART 2
(27ページ～)

「これからどうなる？」

どんな治療法があるのか、治療法を決定する前に知っておきたいポイントがわかります。

▶ PART 3
(41ページ～)

「どこで治療を受ければよいのか？」

信頼の置ける医療機関を紹介します。

▶ 特別付録
(87ページ～)

「早期胃ガン」 とわかり 数週間後に 治療を受ける方

① 早期胃ガンの最新治療を解説します。

▶ PART 1
(9ページ～)

② ESDを選択する前に確認したいことを解説します。

▶ PART 3
(41ページ～)

③ 治療の実際と治療後の日常生活の注意点も紹介します。

▶ PART 4・5
(63ページ～)

家族が 「早期胃ガン」 といわれた方

① まずは胃ガンの基礎知識を理解しましょう。

▶ PART 2
(27ページ～)

② おなかを切らない治療法とはどんなものか正しい知識を身につけます。

▶ PART 3
(41ページ～)

PART 1

「ITナイフが
早期胃ガン治療を
変えた！」

胃ガン治療の最大の進歩は、体への負担が軽く、胃の機能を温存しながら、胃の中のガンを治せるようになったことです。その最新治療をESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）と呼びます。ITナイフ（電気メス）と内視鏡テクニックで、ガンを一回で取り除きます。「おなかを切らずに治してほしく」という患者さんも多くいます。早期胃ガン治療を変えた画期的な内視鏡治療とは？

●早期ガンの治療実績

国立がん研究センター中央病院では、切らずに治った早期ガンの患者さんが、胃ガンだけでも毎年400人を超えています。

		2007年	2008年	2009年
早期胃ガンの 内視鏡治療	EMR	24人	19人	36人
	ESD	410人	397人	375人
	1年間の患者合計	434人	416人	411人
早期食道ガンの 内視鏡治療	EMR	89人	94人	95人
	ESD	25人	25人	43人

(国立がん研究センター中央病院消化管内視鏡科診療実績(症例数)より)

内視鏡治療の最大の進歩は、ガンを診断(検査)するテクニックから、ガンを治すための技術へ進化を遂げてきたことです。

胃の内視鏡治療は歴史を紐解くと、1960年代後半からのポリペクトミーという方法に始まり、ポリペクトミーは内視鏡を使い、スネアと呼ばれる金属の輪っかを病変の根元に引っ掛け、胃のポリープなどを取り除く方法(↓22ページ)。1980年代に登場した「EMR(内視鏡的粘膜切除術)」は、ガンのできた病変の周

「胃ガンの4人に1人がESDで治っている！」

胃ガンは、年間10万人がかかる国民病。そのうち約半数が早期胃ガンと診断されています。そして最新の内視鏡治療、「ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)」を受けられる人は、胃ガン患者の4人に1人。ますますニーズが高くなっています。

りに生理食塩水を注射して膨らませ、小さな粘膜ガン(2cm以下)なら高周波の電流であつという間に切り取れるようになりました。対して、さらに進化したESDでは、2cm以上の早期ガンも一括して切り取れます。ESDが早期胃ガンの「治療革命」と呼ばれる理由です。

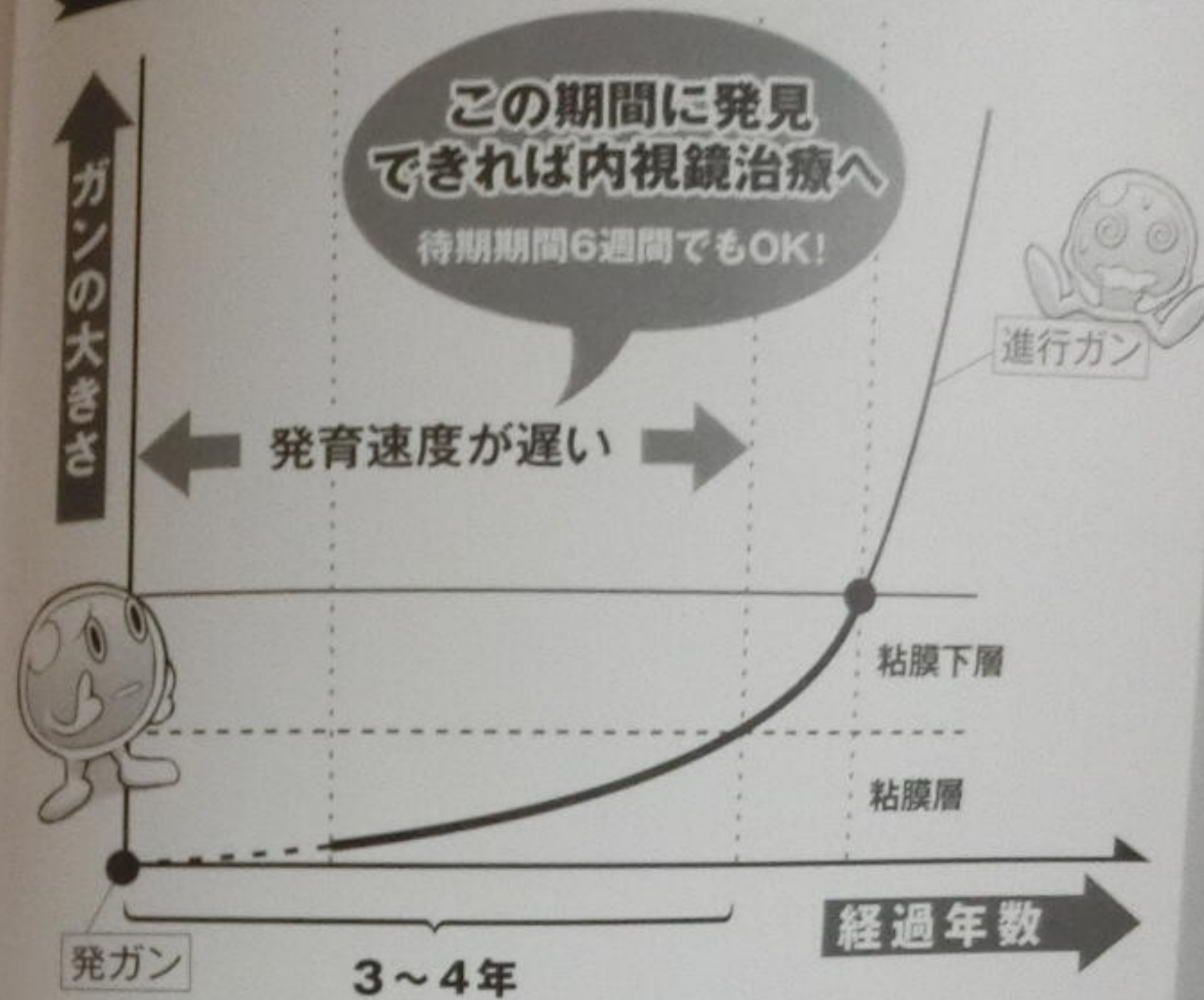
MEMO

早期胃ガンの定義

早期胃ガンは粘膜から粘膜下層の浅い部分までにとどまっている状態。これに対し、進行胃ガンは筋層以上に深く入り込んだ状態です。ガン治療の最大目的は、ガンを治すこと。早期の胃ガンが再発するような治療は絶対に避けるべきですが、胃の機能温存とQOL(生活の質)を考慮した内視鏡治療の基本について、理解しておきましょう(→42ページ)。

* EMR: Endoscopic Mucosal Resection

●胃ガンの発育速度



「早期の胃ガンは発育速度が遅い」

内視鏡は、おなかの中をのぞく道具。胃カメラと呼ばれる胃の内視鏡(電子スコープ)が、胃ガンの検査や治療には幅広く用いられています。

進行ガンと違い、早期に見つかった胃ガンは発育速度が遅く、胃の内側の粘膜にとどまっている時間が長いのです。

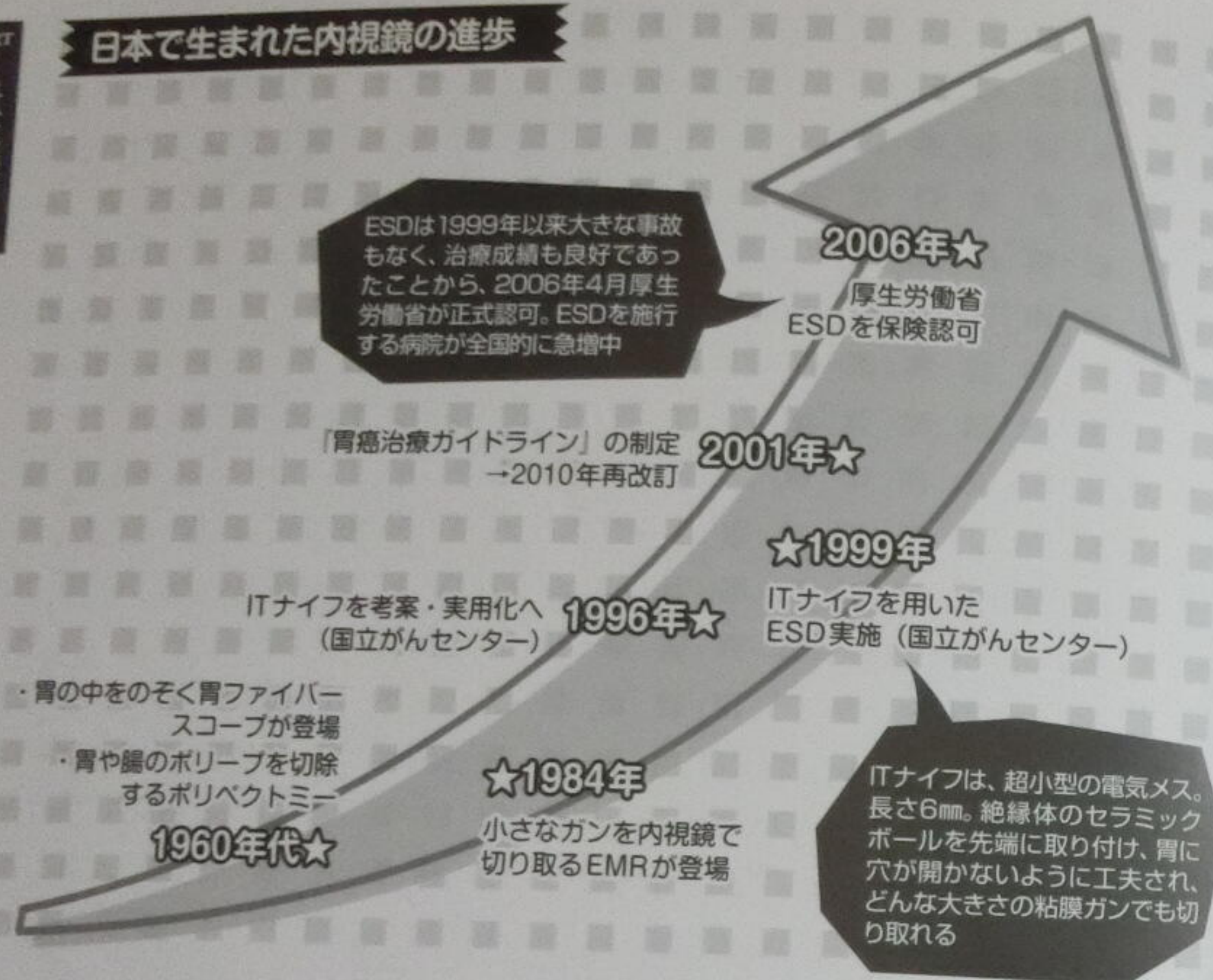
手術を受けなくても、その多くの場合には内視鏡治療で切り取ることが出来る——これは、専門治療医なら誰でも知っている胃ガンの新しい常識です。

進化した治療

「切らずに治る」胃ガンの新常識

早期胃ガンに対する内視鏡治療は、ITナイツをはじめ種々の高周波メスの開発と新しいテクニックが登場して、大きな進歩を遂げつつあります。

日本で生まれた内視鏡の進歩



内視鏡治療で切り取ったガンの標本

ガンを100パーセント確実に剝離できたかどうかを調べるため、その場で標本作製する

3 ガンの診断率も100パーセント正確に

早期ガンでも、「これはどうか」というケースがあります。このような場合、思ったよりも深く進んでいたたり、リンパ管に入り込んでいるガン細胞が見つかることもあります。ESDならガンの診断率100パーセント！内視鏡治療後に追加手術を行い、ほぼ完治します。

3大特徴

進化した内視鏡治療。3つの「すごい」

今や胃ガンの約半数の早期胃ガンが、ガンの部分だけを切除する方法で治せる内視鏡治療には3つの利点があります。

1 早期の粘膜ガンなら「ガンが大きくてもOK」

日本胃癌学会が2010年に再改訂した『胃癌治療ガイドライン』では、内視鏡治療の適応ルールとして、①リンパ節転移の可能性がほとんどないこと、②ガンが一括切除（ガン細胞を傷つけずにひとかたまりで取る）できる大きさと部位にあることという2項目を明記しています。

2 ガンを一回で取り除く成功率ではほぼ100パーセント

切り取ったガンを顕微鏡で調べて「問題なし」と判定されれば、再発・転移ゼロ。これを「治癒切除」といいます。たとえ内視鏡治療を受けるまでの待機期間があり、治療が多少遅れても、その多くの場合には治癒切除となります。

ただし、ガンを取り残してしまうことがないように、ガンの深さ、広がり、範囲について、細心の注意が必要です。



内視鏡でガンを切り取った瞬間

治療開始40分後、内視鏡を用いて胃の中から指の先ほどのガン病巣が取り出された（矢印の部分）

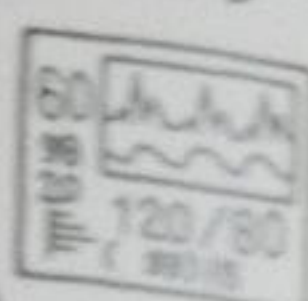


BGM

BGMが流れる、リラックスできる
本装置。



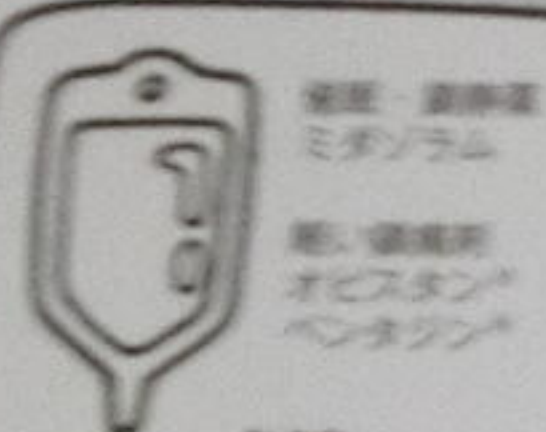
バイタルサインの チェック



心拍数、血圧、
酸素飽和度、
体温などに異常
がないことを
チェック

バイタル

モニター



保肝薬・鎮痛薬
ミダゾラム
解熱鎮痛剤
オピオイド
ベンザミン

点滴

～3種類の薬剤～

点滴

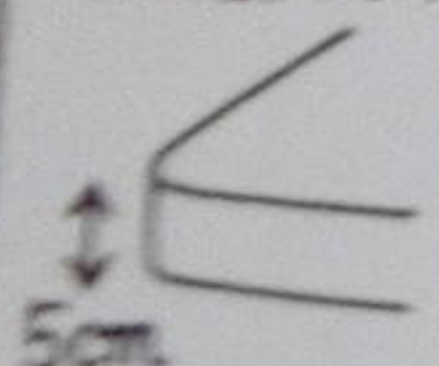
看護師



血栓症予防

① ベッドは
ゴム製マット

② 弾性ストッキング



手足も手前も同様で治療中に
多く寝ていると血圧（血の循環
量）が低下するため、
ベッドは弾力性のあるゴム製マット



足の血液の流れが滞
らないように弾性ス
トッキングを着用。
比較的短時間で終わ
る内視鏡治療では万
一に備えての安全策

患者の姿勢

左を下にして横になり、
ひざを軽く曲げるのは、
口から食道までがなだ
らかな曲線になり、楽
に挿入できるため

ペダルを足で 踏み操作

医師が足元にあるフットス
イッチのペダルを交互に踏
み、内視鏡治療は進む

ドクター

「究極の早期ガン治療」を 可能にした内視鏡システム



内視鏡システムは、ビ
デオスコープとビデオ
システム本体（カラー
モニター、ビデオプロ
セッサー、光源装置）
の2つに大別される。
胃をはじめ、食道や腸
などの早期消化管ガン
に対する内視鏡治療に
広く使われている

血圧器

心電図



助手



高周波
電源発生
装置



高周波電源発生 装置

医師がフットスイッチを断続的に
踏んで高周波電流を流し、それに
より発生する熱（ジュール熱）を
利用して、ガンの周りの組織を自
動的に切開したり、凝固・止血し
たりする

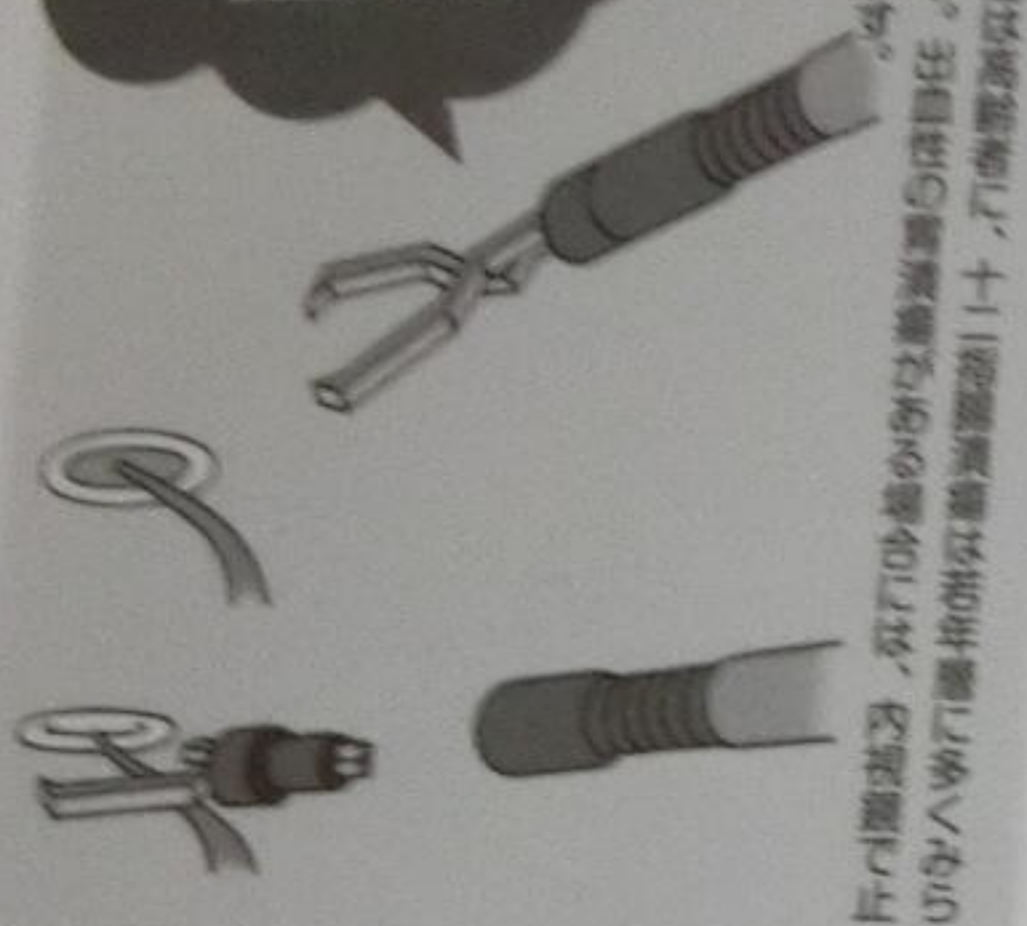
治療室

内視鏡治療室へ一歩入るとこんな感じ

広さ30㎡以上。内視鏡専門医2人と看護師1人がチームを組みます。
眠くなる薬を使用するので、治療中、ずっと高イビキの患者さんも……。

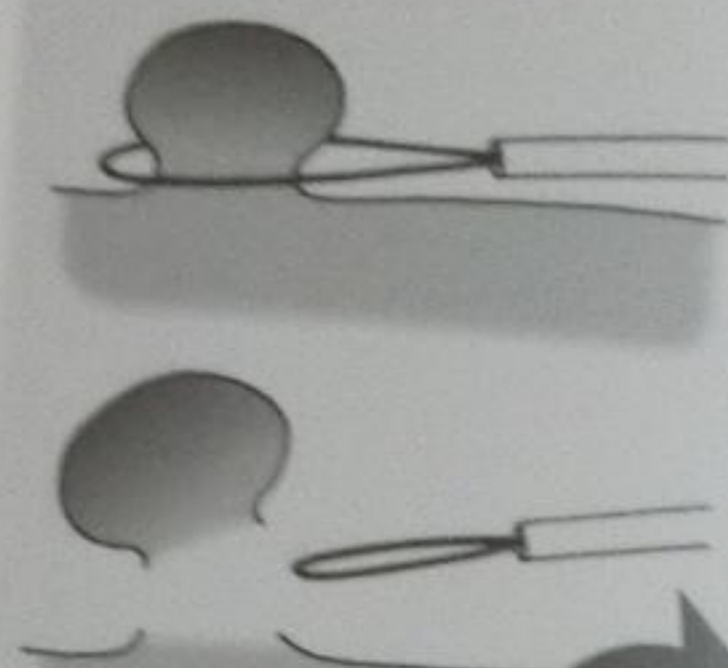
胃がんの検査・治療以外にもこんな使い方があります

胃・十二指腸潰瘍の検査と治療



胃・十二指腸潰瘍は、胃酸の分泌過多や、胃粘膜の防御機能低下によって起こります。内視鏡を用いて、潰瘍の診断と治療を行います。

大腸ポリープ切除



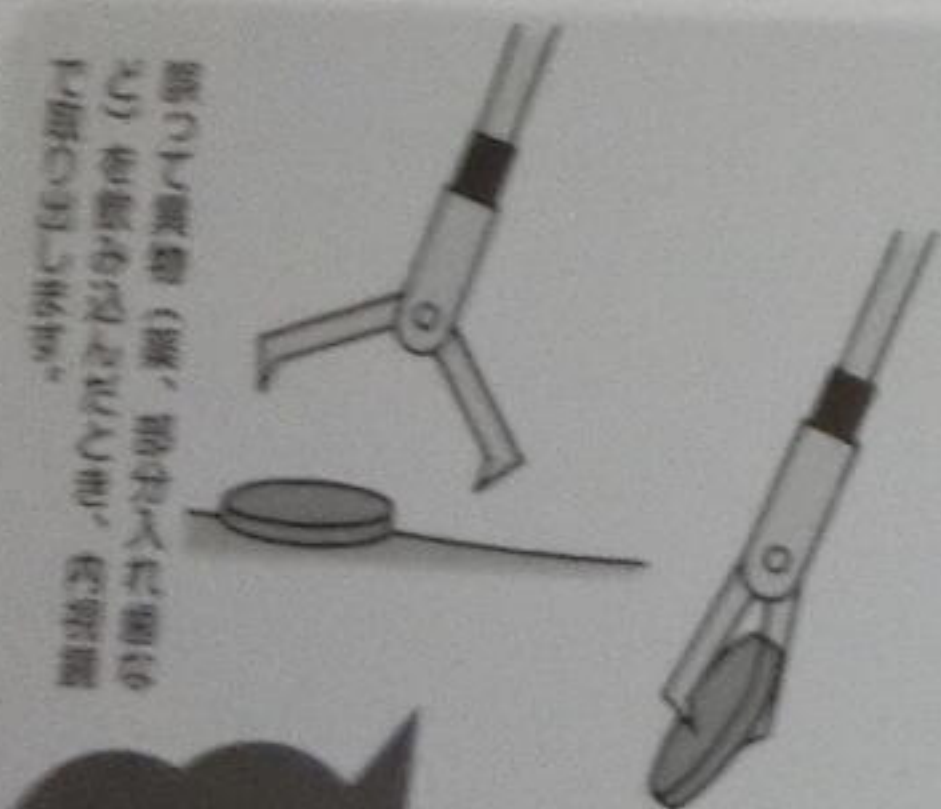
胃・十二指腸検査に続いて、大腸検査を行います。大腸ポリープの切除は、内視鏡を用いて行うことができます。

寄生虫の除去 ～胃アニサキス症～



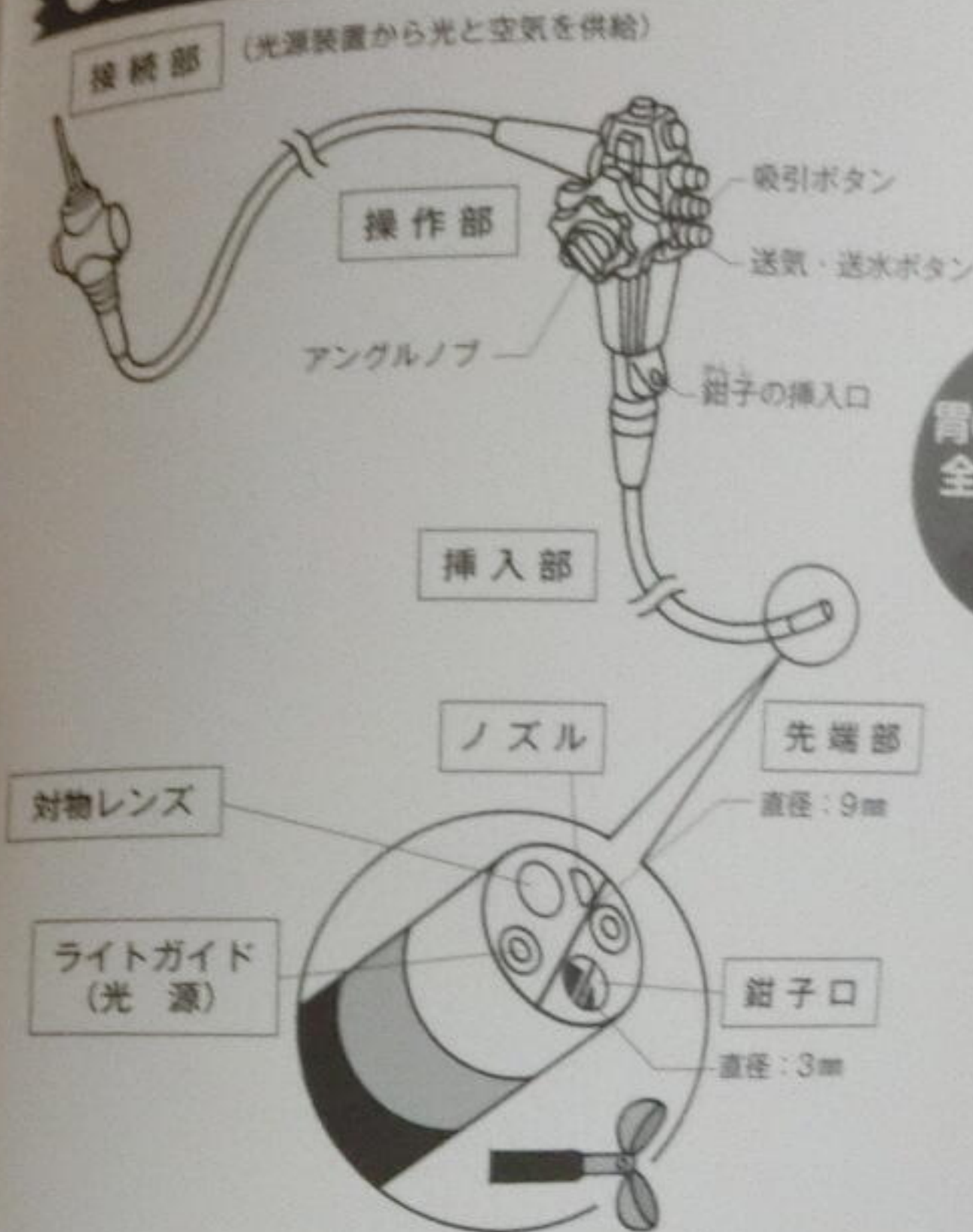
「サバに当たった」とはよく聞く話ですが、アニサキスと呼ばれる全長2cmの寄生虫が原因。アニサキスは白いミミズのような寄生虫で、猛烈な腹痛と吐き気を伴うのが胃アニサキス症の特徴ですが、内視鏡でつまみ出すとその症状もケロリと治まります。

異物の摘出



胃・十二指腸潰瘍、大腸ポリープ、寄生虫の除去、異物の摘出など、内視鏡はさまざまな使い方ができます。

ビデオスコープと内視鏡先端部



胃の内視鏡は、
全長1m20cm
太さ9mm



内視鏡のしくみ

こんなにある！内視鏡の使い道

内視鏡は、おなかの中をのぞくカメラ。胃・十二指腸の検査、大腸ポリープ切除など、さまざまに使われています。

「ビデオスコープで胃の中をくまなく観察できる」

胃の中で何が起きているのかを直接見たい、知りたい、そのうえで患者さんにできるだけ苦痛を与えずに病気を治したい——かつては胃の病気を扱う医者の夢でした。この夢をかなえるために発達したのが、一つは、CT・MRI・超音波などの画像診断であり、もう一つが胃の内視鏡です。胃の内視鏡検査では、今はビデオカメラを内視鏡に組み込んだ直径9mmの細い管（ビデオスコープ）を飲み込んで胃の中を観察して、胃・十二指腸潰瘍やがんなどを見つけます。

3 粘膜切開 (プレカット)

マーキングの約5mm程度外側の粘膜にITナイフ先端部のセラミックボール（直径1.5mm）をさし込むため、深さ1~2mm程度の切れ目を入れる

2 局注

マーキングのやや外側に生理食塩水を注入し、粘膜と筋層の間の、厚み2~3mmの粘膜下層部分をふくらませ、1cmほど浮かせた状態にする

1 マーキング

ガンの周りに切り取る範囲の「目印」をつける。青い色の試薬（インジゴカルミン）を使う

4 粘膜下層の剥離

ITナイフの筒（長さ4mm）部分を病巣の下側に滑りこませ、ガン病巣を剥ぎ取る

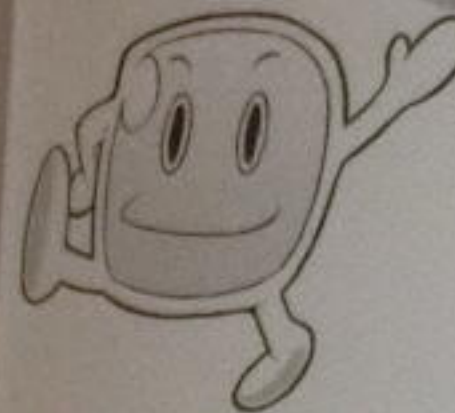
5 切除完了

一括切除したガンを、内視鏡の処置具でつまみ、口から外へ取り出す

6 止血

治療後の出血予防のため、病巣を剥離した胃の表面に、手際よく迅速な止血処置をほどこす

マーキングから
切除まで



7 病理組織検査 (病理検査)

顕微鏡でガンの取り残しやリンパ節転移の有無をくわしく調べる。この病理検査の結果をみて、ガンが確実に取り除けたかどうかを判断

ITナイフとは

ITナイフはインシュレーテッド（絶縁体）ナイフの略で、別名が内視鏡メス。他にフックナイフ、三角ナイフ、デュアルナイフと呼ばれるものが使われる

転移の可能性はあるか

転移の可能性がない早期胃ガンと判定されたときは、リンパ節を取る必要もなく、ガンを切り取った段階で「治った」とみなします。ただし、リンパ節転移の可能性が高いと判断された場合にはリンパ節の切除をとまなう追加手術が必要とされるケースも。



主流はESD

現在、内視鏡治療では、ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）が主流になっています。ガイドラインで内視鏡治療が可能な条件にあてはまれば、根治が可能です。

最善の治療選択のためには、胃ガンの場所、広がりを考えあわせ、医師と相談のうえ治療方針を決めます。

ESD治療の流れは、①緊張や苦痛を軽くする治療前の麻酔、鎮静薬や鎮痛薬の点滴投与、②内視鏡を胃の中に入れる、③ガンの位置と大きさを内視鏡カメラでよく確認する。そのあと、「マーキング」から「病理組織検査」という手順になります。

切除方法

内視鏡治療ESDの流れ

治療時間は平均して30分から40分間。ガンが小さい場合は10分足らずで終わります。もちろん2時間程度かかる場合もあります。

最新機器

早期胃ガン治療を進化させた内視鏡メス

日本式の緻密な胃ガン手術は世界から一目も二目も置かれてきました。この「お家芸」として世界に先駆けたのが、内視鏡治療です。

ESD治療に用いられるナイフ



フックナイフ



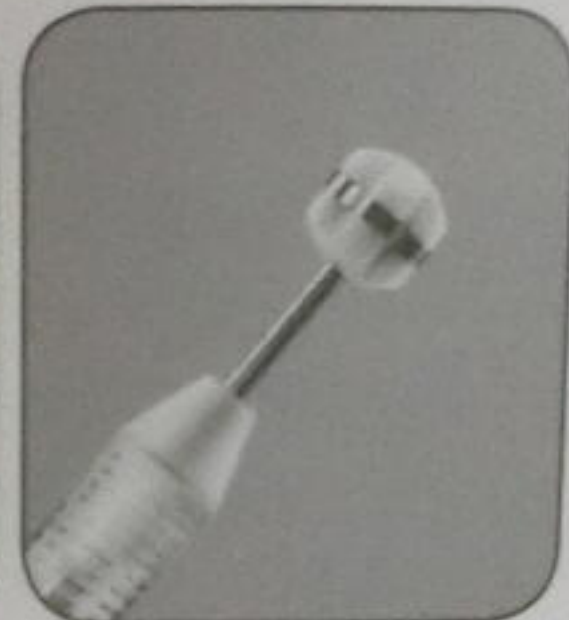
三角ナイフ



ITナイフ



デュアルナイフ



セーフナイフV

改良型ITナイフ2

穿孔（胃に穴が開く）防止のため高周波針状ナイフの先端に、絶縁体であるセラミックボールを装着。ITナイフの筒とセラミックボールとの間のナイフ部分（4mm）をあてがい、ガンを根こそぎ剥き取ります。改良型のITナイフ2は切開・剥離がさらにやりやすくなっています。



ESDに用いられる器具にはさまざまあるが、後藤田医師は、改良型ITナイフ2をメインに使用

技術革新によってより安全確実に

日本人医師の先達が世界に先駆けた内視鏡メスの開発は、現在では種々のタイプが出揃い、胃ガンの患者さんにとって、大きな福音となっています。胃の内側を剥離するので、胃自体の切除をしなくて済む。つまり、胃を切った後によく起こるダンピング症候群に悩まされることもなく、退院後、ふつうの暮らしに早く復帰できます。

*ダンピング症候群：食べたものが腸へ急降下して吐き気、下痢、貧血などの症状を引き起こす

病変9cmの周囲を最大13cm切除

治療にかかる時間は2cm以下の病変であれば、通常20分ほどで終了しますが、大きな病変や困難なケースでは、2時間以上におよぶときもあります。後藤田医師の手

高周波電源発生装置とITナイフで出血少なく

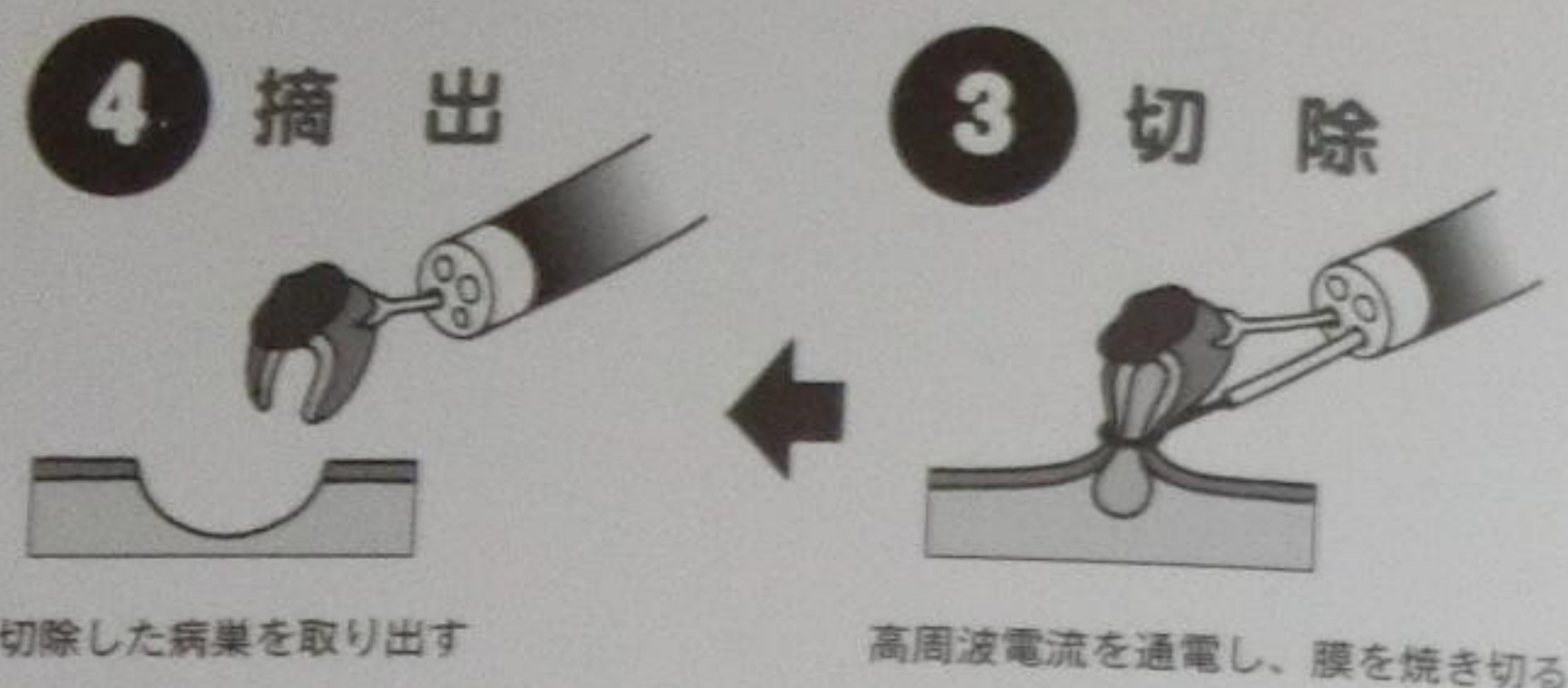
ESDは、ガンの構造や凸凹、正常な部位との境界まで観察したうえで、ガン病巣をひとかたまりで切り取ることができます。出血量は「ガーゼ1枚分」（10〜20cc）。切除後の病理組織検査にて「治癒切除」（↓58ページ）と判定された人では再発・転移は一例もありません。



高周波電源発生装置でより安全、確実に！（自動制御切開システム）

この装置のしくみは、300〜500kHz（キロヘルツ）の周波数を利用した高周波電流にて発生する熱（ジュール熱）を利用して、1サイクル0.8秒間で、切開と凝固が自動的に切り替わります。





- * 2cm以下で、胃の粘膜にガンがとどまっていること（分割切除だと局所再発の恐れがある）
- * 胃生検の結果、組織型が「分化型ガン」（⇒48ページ）であること
- * 陥凹型の早期胃ガン（⇒43ページ）の場合は、「潰瘍なし」であること

これらEMRの諸条件を満たせば、入院5日間程度で、負担も軽く、手術と同じ治療効果が得られます。

●ESDは従来のEMRに比べ……

長 所

- ① 切除範囲を正確に決められる
- ② 2cmを超える粘膜ガンでも一括切除
- ③ 診断精度「100%」でガン治療の確実な評価

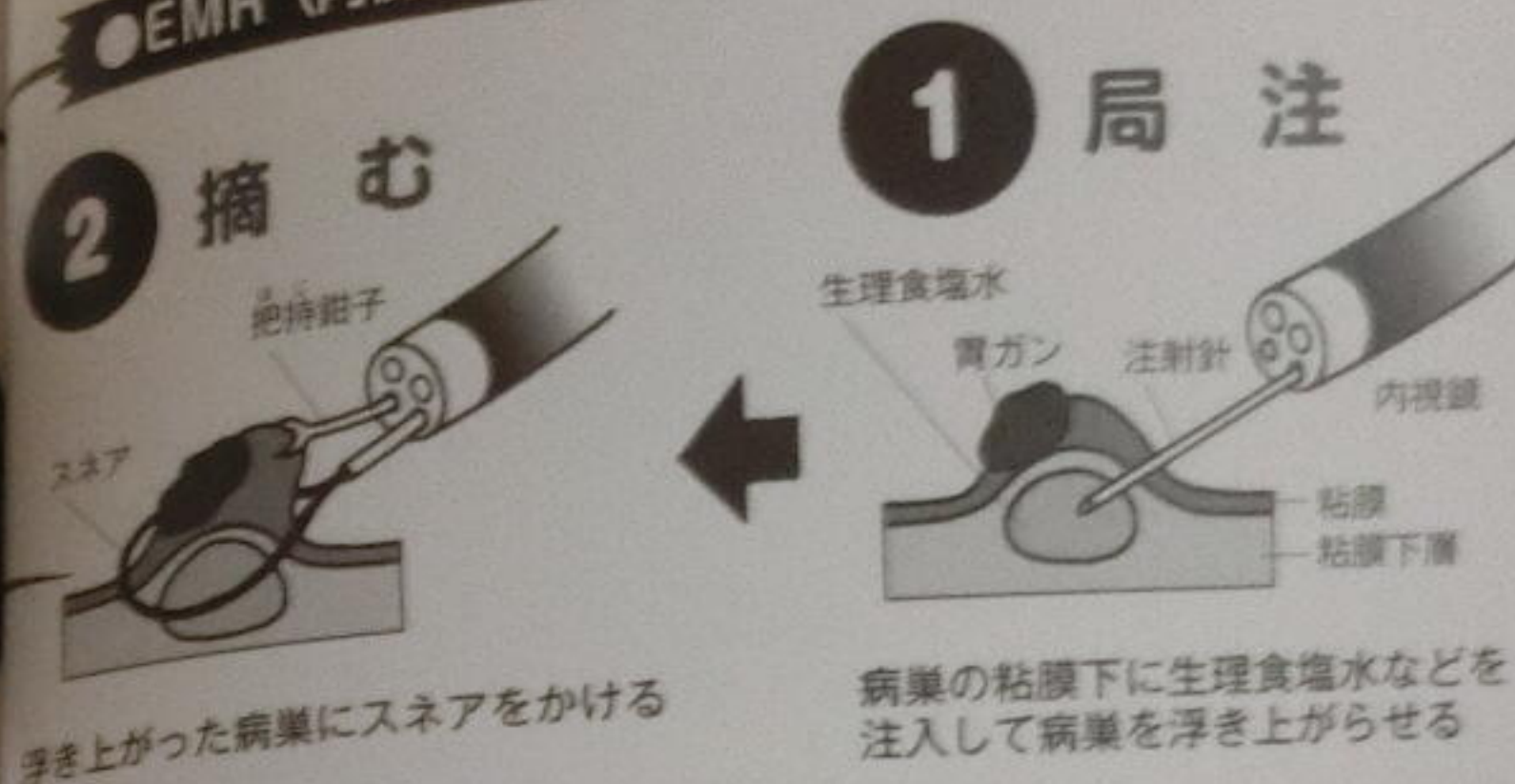
欠 点

- ① 操作が複雑で難しい
- ② 治療に時間がかかり、費用も高い
- ③ 胃からの出血や穿孔など偶発症発生率が高い（⇒52ページ）

これらの「欠点」を補うのが、熟練した内視鏡医の技術と経験です。

一般に、①と②の原則を満たすには次の3条件が必要です。

●EMR（内視鏡的粘膜切除術）、こうしてガンを切り取る



EMRで治せる早期胃ガンの条件

- ① リンパ節転移の可能性がほとんどない
- ② スネアの大きさ2cm程度までの大きさで一括切除できる



2cm以下の小さな早期胃ガンにはEMR

胃の内視鏡は、胃の中をのぞく目的で開発され、ガンを完全に切り取れたかどうかを確認したり、小さなガンを切り取る道具としても使われています。なかでもEMRは、小さな早期胃ガンに対する治療の第一選択として、国内はおろか、欧米でも広く一般化しています。

この方法は、ガンを取り除くテクニックが比較的簡便であるため、治療時間も平均して20～30分。ただし、スネアと呼ばれる「金属の輪っか」で切り取れるガンの大きさには限界があり、次の

EMRとの比較

ESDは従来型EMRとどう違う？

従来型の内視鏡治療法EMR。ガンの深達度が浅くて、サイズも小さい早期胃ガンの場合に有効ですが、ESDとはどのように違うのでしょうか。

実 例

切らずに痛みもなく、ガンが「治った!」

毎年10万〜11万人が胃ガンにかかり、そのうち全体の5割をしめる早期胃ガンの半数(2万5000人)がすでに内視鏡治療を受けています。

ケース
001

Aさん [59歳男性]
病 名: 胃の幽門前庭部ガン
進行度: 早期胃ガンの
ステージIA
*最初の病院で開腹手術を
すすめられた

都内在住の男性A氏は59歳の会社員。1年前に、人間ドックの内視鏡検査で約3cmの大きさの早期胃ガンが見つかった。最初の病院では開腹手術をすすめられたが、「他の治療法はないか……」と迷った。2週間後、医師の紹介状

を持ち、国立がんセンターの胃がん外来を受診したところ、内視鏡グループの後藤田医師があつさり告げた。
「Aさん、あなたは内視鏡で治ります」
「本当ですか?」

A氏が聞き返すと、同医師はこう続けた。
「ほぼ100パーセント大丈夫です」

A氏の胃ガン治療は、ガンを内視鏡メスで剝離し、30分足らずで成功。治療当日こそ絶食して栄養点滴となったものの、2日目に水を飲めた。3〜4日目に五分粥、

5日目にはもう普通食で、同じ日に退院許可が出た。入院生活は4泊5日だ。
Aさんは退院2日後、接待ゴルフに出かけたそうです。



B氏は7年前、67歳で胃ガンを発病。ガンが一番でかいすい胃の下の部分(幽門前庭部小彎)に2cm弱のガンがあった。その早期ガンは内視鏡で治った。5年が経過したとき、胃の別の場所(幽門前庭部大彎)に、今度は腫瘍径7mmの小さな胃ガンが見つかった。

「またですか……」

と落胆するB氏に対して、後藤田医師は、

「でも、1回目より小さいです。内視鏡でもう一度取れば早期ガンは再度でも治ります」

と励ました。2回目はITナイフで小さなガンを切り取るのに、ものの10分とかならなかった。この5日後に、B氏は笑顔で退院した。

毎年検査を受けていれば、このBさんが胃ガンで命を落とすことはありません。仮に何度ガンが見つかって、内視鏡切除で治療できるのです。



ポイント

- ・ガン検診を受け、自分で早期発見に努める
- ・年に一回の胃カメラは、“転ばぬ先の知恵”
- ・もしも早期胃ガンとわかったら、内視鏡治療が得意な病院・医師を探す (⇒ 87 ページ)



とくにストレスの多い生活を続けると胃の粘膜の抵抗力が落ち、胃ガンの一因となりやすいといわれます。年に一回の胃カメラは、転ばぬ先の知恵。と考へてくたさるのはいかがでしょうか。

PART 2

胃ガンの「常識」
あなたはどこまで
知っているか

日本人に多い胃がんは早期がんなら9割以上が治るようになってきました。人間ドックやがん検診などで「がんの疑い」を指摘された後に、内視鏡検査と胃生検という方法で「胃の中のがん」が見つかります。治療を受けるにあたっては、胃という臓器の構造と、あなたの胃がんがどのような状態なのか、しっかりと理解しておきましょう。

COLUMN ①

世界中から注目! 「超早期ガン」も見つける 特殊光内視鏡 NBI



画期的なアイデアの
原点は「昆虫の目」

1mm単位の小さいがんは、従来の内視鏡には映らず「見えないがん」でした。

ところが、内視鏡技術をさらに進化させた、特殊光内視鏡NBI（ナロー・バンド・イメージング狭帯域フィルター内視鏡）が、「見えないがん」の超早期発見を可能にしました。

これを開発した武藤学医師（京都大学医学部附属病院消化器内科准教授）によると、着想の原点は、「昆虫の目」。昆虫の目は自分が食べたいものだけを見るという動きをします。この昆虫の目と同じメカニズムの、がんだけを見分ける“内視鏡の目”を創り出せないか—と考えたのです。

がんの始まりは、がんの“芽”が栄養分を得るため、新しい毛細血管（新生血管）を引き込み増殖します。しかし直径が0.1mm以下と微細な新生血管は、ふつうの内視鏡カメラでは捕らえ切れませんでした。一方、特殊光内視鏡NBIは、新生血管を流れる血液中の赤血球の成分であるヘモグロビンだけに吸収される特殊な光を見つけ出し、その光線を利用するしくみによって「超早期がん」を克明に画像化することに成功したものです。世界中から注目され、国内でも広まりつつあります。

「年齢的には40代以降で酒好き、とくに
お酒を飲んで赤くなる人、タバコ好きの人には
おすすめです」（武藤医師）



検査時間は、トレーニングを積んだ医師なら通常の内視鏡検査（平均10分）プラス1～2分、11分から12分程度で済みます。とくに、咽喉・喉頭がん、食道がんのハイリスクグループには、この特殊光内視鏡が早期発見・早期治療の有力な武器になることは間違いなし。

MEMO

胃では消化吸収の下準備をする

口から食べたものをしばらく貯蔵する胃袋は、その入り口が食道と、出口が十二指腸とつながっています。アルファベットのCの字のような十二指腸は長さ約30cmで小腸につながっています。

よくある胃の病気

良性

急性胃炎

もっともポピュラーな胃の病気で、食べ過ぎ、アルコール・コーヒーの多飲や不摂生のほか、風邪薬や痛み止めの薬が主な原因。

慢性胃炎（萎縮性胃炎）

長期間のピロリ菌感染状態により胃の粘膜が萎縮した状態。加齢と共に頻度が増し、胃潰瘍、胃ガンにともなってみられることもある。主な症状は、胃のむかつき、もたれ。

胃・十二指腸潰瘍

強いストレスなどで、胃粘膜の血液のめぐりが悪くなり、胃や十二指腸の粘膜がただれたり、凹んだりして、再発しやすい。主な症状は、上腹部痛、胸焼け、げっぷ。悪化すると、吐血、下血、胃に穴が開く穿孔などの合併症も。ピロリ菌除菌治療の対象となる。

胃ポリープ

胃の粘膜の一部が直径2～3cm程度隆起した病変。多くは無症状だが、胃もたれや不快感、食欲不振などの症状がみられることもある。



悪性

胃ガン

ピロリ菌感染とも関係し、胃の粘膜から発生する。無症状で進行することもある。

胃悪性リンパ腫

リンパ球がガン化した病気。50代に多い。

胃平滑筋肉腫

胃の壁（固有筋層）にできやすく、50代に多い。



胃は消化機能を担う大切な臓器のひとつ

口から入った食べものは、強力な消化液である胃液と混ぜ合わさることで殺菌され、やわらかい粥状になります。胃ガンの進行度によっては、手術で胃そのものを切り取る必要があるケースも少なくありません。胃がなくなっても、食生活は維持できますが、本来の消化機能が弱まってしまいます。なんとなく胃の調子がおかしいという症状で、日常よくみられる病気を下表にあげてみました。

胃の構造 ①

消化器官のひとつ。切除すれば機能が落ちる

胃袋の大きさは、成人で最大容量1200～1600ミリリットル。食べたものを2～3時間とどめて消化し、腸へ送り出す役割があります。

胃壁は厚み7mm、
「5層構造」になっている

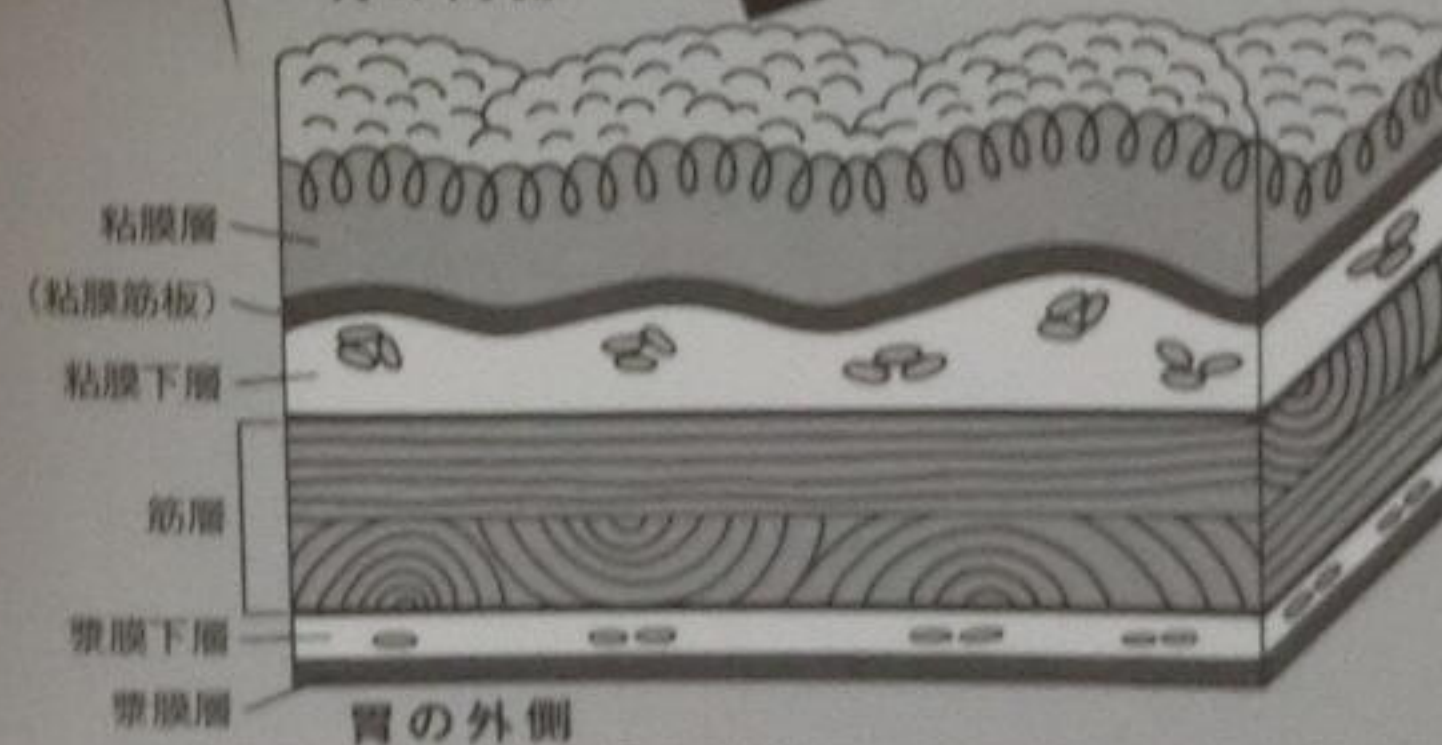
牛の角を逆にしたような形の胃袋は、満腹状態まで膨らむと約1200～1600ミリリットルの容量があります。厚さ約7mmの胃壁はやわらかく粘りのある粘膜、外側が厚い筋肉でできています。胃液を分泌する粘膜、次いで粘膜下層、筋層（胃を動かす筋肉）、もっとも外側になるのが漿膜下層、漿膜層という5層構造の「壁」になっています。胃ガンの原因はひとつではありませんが、胃の壁の一番内側にある粘膜内の細胞が、ガン細胞になることで胃ガンが発生します。

胃壁の構造

もっとも内側に粘膜、その下に筋肉の層があります。そして外側には漿膜層という薄い膜の層があり、胃全体を包んでいます



胃の内側



胃の外側

早期胃がんのサイン

胃痛

胃の不快感

出血
(血便、吐血)

胃が重い



症状はとくにありません。胃がんはときに胃潰瘍をとまいます。また、胃痛、出血、胃重感、むかむかする胃の不快感などがみられ、検査を受けるきっかけになります。

強いていえば……

胃がんの兆候

こんな
症状に
注意!

進行胃がんのサイン



進行した胃がんの症状は、痛みより食事が喉を通らない、胃が重い、体重が減る、食べ物がかえるといったものです。

貧血

出血
(血便、吐血)

食事が
通らない

体重減少

動悸
息切れ

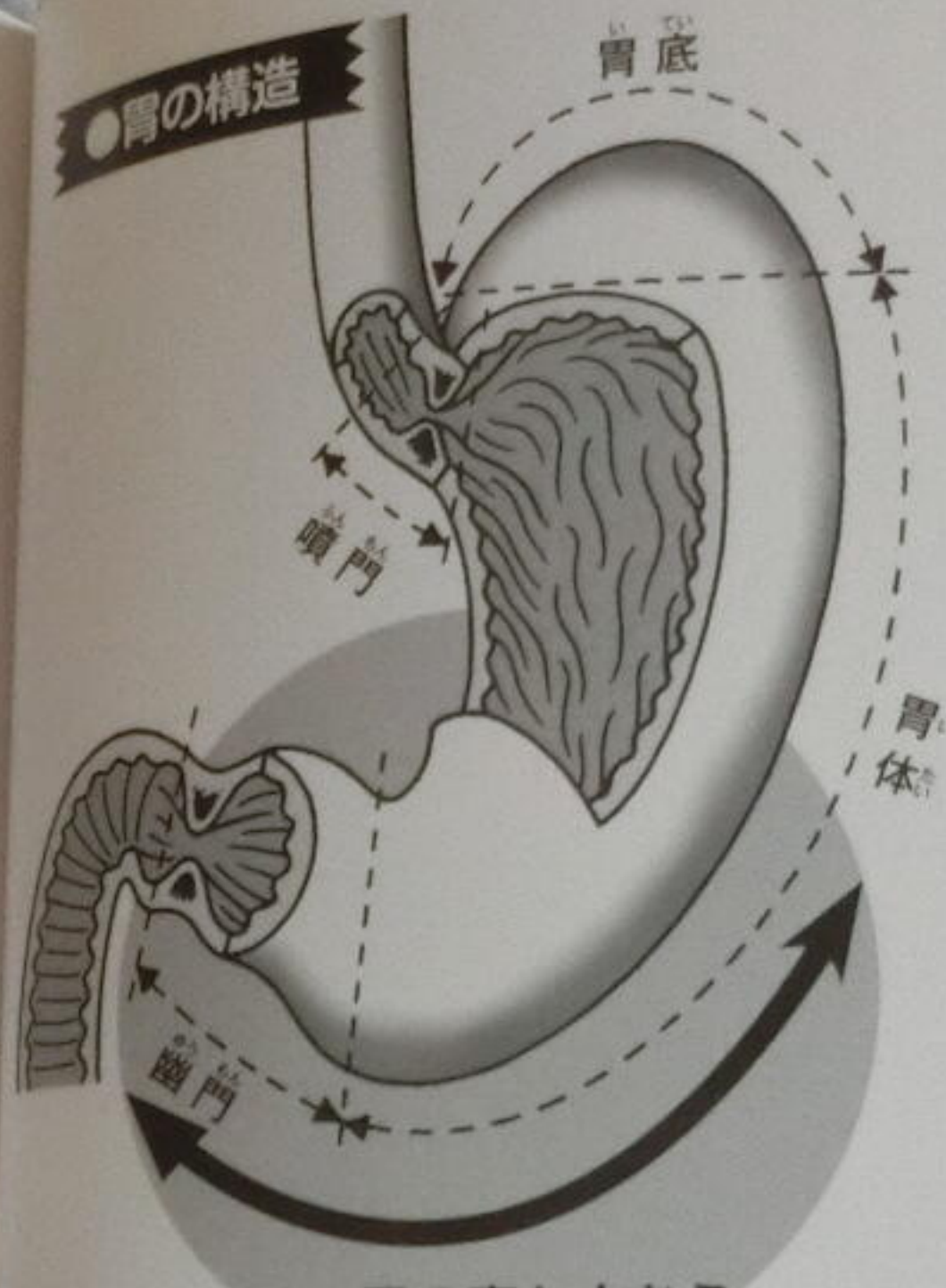
胃の構造 ②

胃がんがでやすい場所はどこか

日本人は世界で一番胃がんの多い国民です。ただし、胃の中には、がんのでやすい部位とがんのでにくい部位があることをご存じですか？

「胃がん全体の9割は胃の真ん中から下にできる」

胃は大きな臓器です。がんがかなり進行しても症状に気づかない



胃の真ん中から下部に多くできる!

場合も多くみられます。なかでも、早期胃がんでは、これといった症状もとくにありませんが、がんがでやすい場所は多い順に、胃の出口近くの幽門部、真ん中付

近の胃体部、そして胃の上部といった具合です。

人間ドックのがん検診で見えれる胃がんは、胃の真ん中から下部に多く、全体の9割近いと報告されています(2001年人間ドック全国調査・発見胃がんの部位別比較) 日本人間ドック学会より。

MEMO

胃の部位

胃にできた潰瘍やがんの場所を、わかりやすく説明するため、食道からつながる胃の入り口を噴門、胃の真ん中を胃体、その胃体の上にあたる部分を胃底、胃から十二指腸へ通じる出口を幽門という名称を使います。患者さんが知っておくと病気の理解も深まります。



ちょっとだけ組織
を探りますよ

疑わしい病変部が
見つかったときは...



2. 胃生検



異常が疑われる部位を鉗子でつまみ取る



一番確実な
胃ガン発見法は
**内視鏡検査
+ 胃生検**

組織検査の結果「グループ5」になれば「ガン」の診断

この胃生検という胃がんの精密検査では、ガンのありそうな部位に狙いを定め、ピンポイントで胃の粘膜の細胞をつまみ取ります。顕微鏡で調べた結果、免疫組織化学で「細胞異常度」を「グループ1」から「グループ5」までに分けて診断するのです。（※図5-10）

胃生検とは？

胃がんの原因になりやすいといわれます。とにかく、「内視鏡検査なくして早期発見なし」。

早期発見した胃がんは切らずに治せるのですから、とくにピロリ菌検査陽性（感染者）で60歳以上の方は、年に一回の胃カメラは、受けるように心がけましょう。

1. 内視鏡検査

進歩した内視鏡技術で
胃ガンも治せる時代

内視鏡技術の進歩はめざましく、嘔吐反射も少なく苦痛も軽く検査できるものになりました。

モニターを見ながら、医師が内視鏡を上下・左右に操作し、胃の中を注意深く撮影します。「苦しいから嫌だ」と敬遠されがちですが、最近では、ずいぶん楽になっています（※78ページ「無痛胃カメラ」）。

ストレスの多い生活を続けてい

検査の流れ

- ① 血圧を測る
- ② トイレは先に済ませておく
- ③ 検査の開始前に、コップ1杯の薬剤を飲み、食道と胃の中の「粘りのある泡」を消す
- ④ 検査室に入ってから喉の麻酔と軽い安定剤。検査中のみ一時的に胃の動きを抑える薬を使う
- ⑤ 検査時間は、早ければ5～10分、長くても15～20分で終了



内視鏡検査

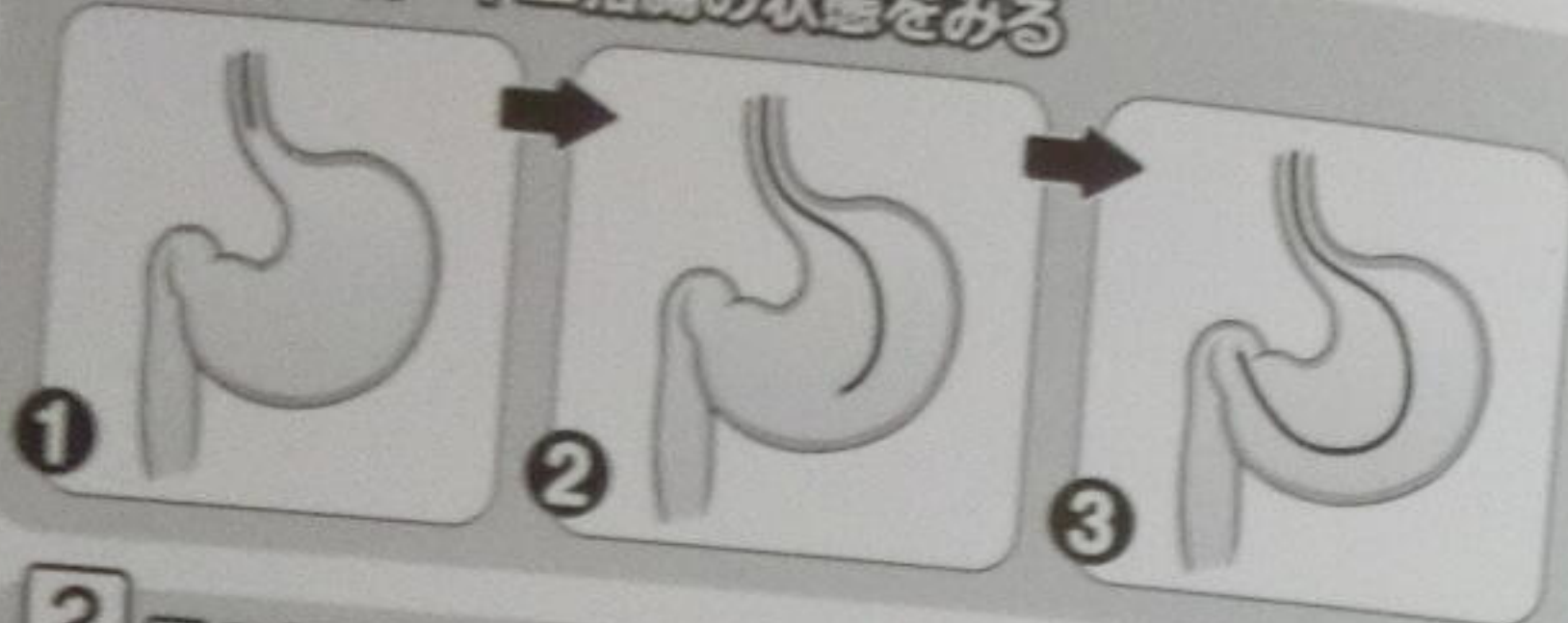
①

内視鏡検査なくして早期発見なし

人間ドックやガン検診などで「ガンの疑い」を指摘された場合、胃生検という方法を組み合わせた精密検査も行います。

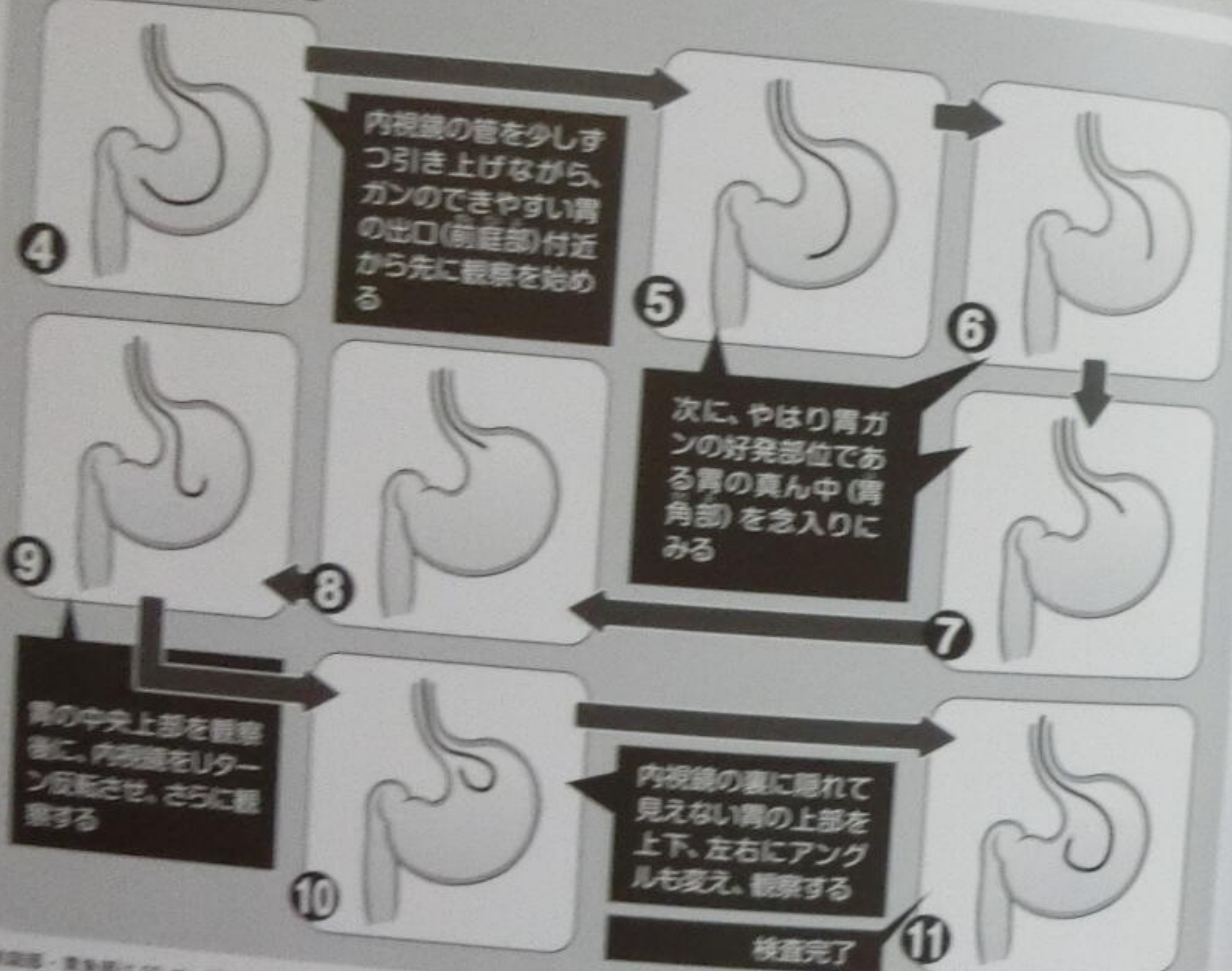
●内視鏡の進み方

1 食道・胃・十二指腸の状態をみる



喉から食道を通過した内視鏡の端が胃の中まで入ると、全体の状態をみる前に、そのまま胃の出口と接する十二指腸まで深く入れる

2 胃の中を撮る



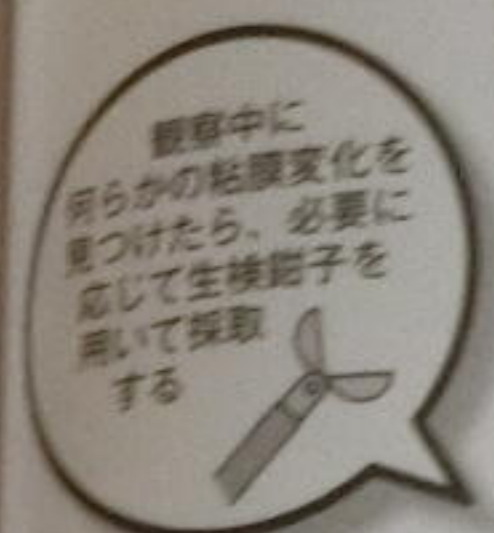
内視鏡の管を少しずつ引き上げながら、ガンのできやすい胃の出口(前庭部)付近から先に観察を始める

次に、やはり胃ガンの好発部位である胃の真ん中(胃角部)を念入りにみる

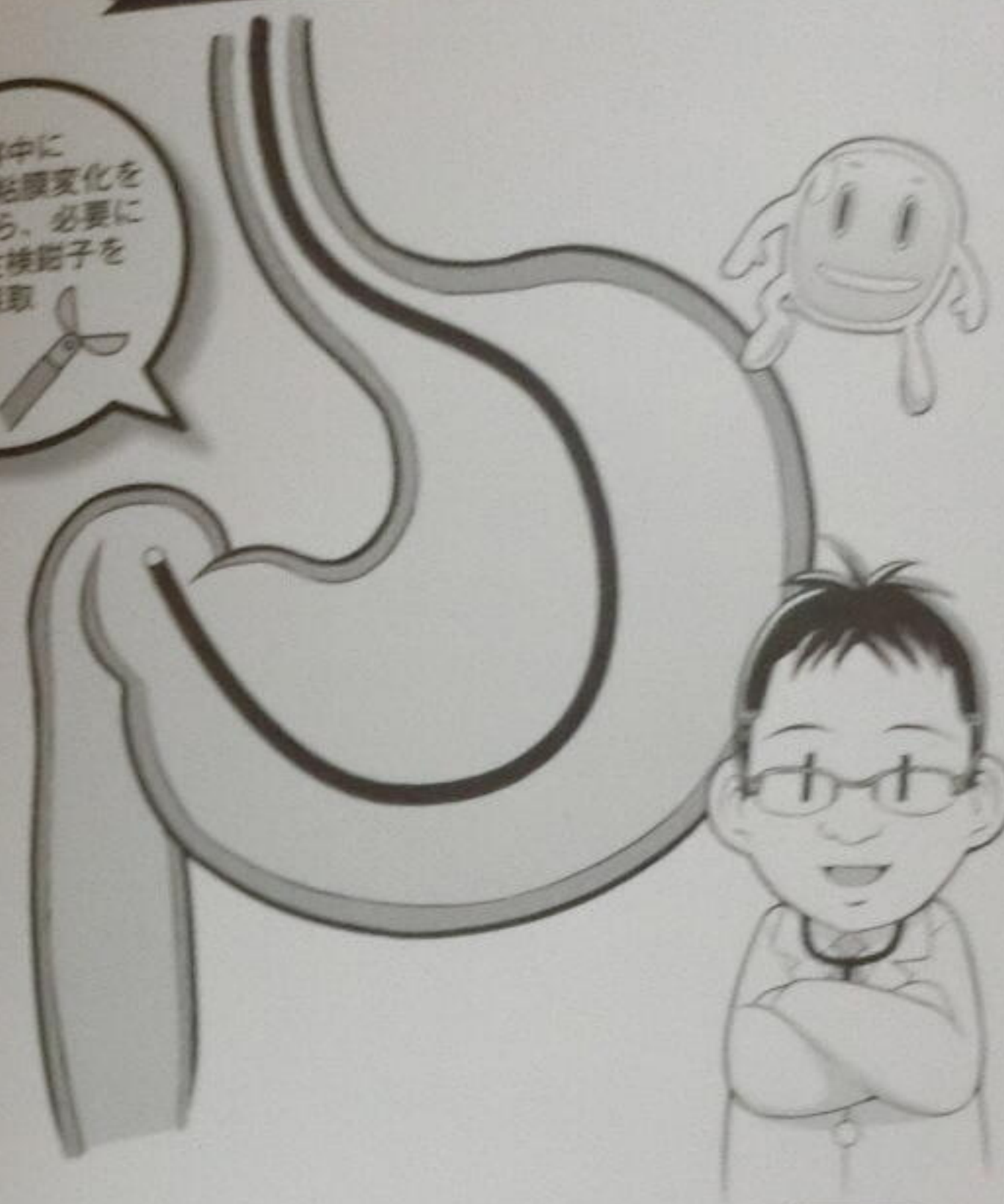
内視鏡の裏に隠れて見えない胃の上部を上下、左右にアングルも変え、観察する

検査完了

●食道から十二指腸まで内視鏡で調べる



観察中に何らかの粘膜変化を見つけたら、必要に応じて生検鉗子を用いて採取する



「胃の中をくまなく観察しガンを見つける」
当然のことながら、ガンは早く見つけるほど治りやすく、進行ガンになればなるほど治癒率は下がりますので、内視鏡検査の重要性が高まっています。
胃の内視鏡検査では、患者さんは内視鏡が喉につかえないで真っ直ぐ胃の中まで入りやすいように左側を下に横になります。この姿勢をとると、嘔吐反射が少なくて済み、苦痛も軽くなります。
胃の隅々まで観察中に何らかの異常を見つけたら、怪しい部分を採取する(胃生検)といった流れで検査は進んでいきます。

内視鏡検査 ②

胃の中を内視鏡はこう進む

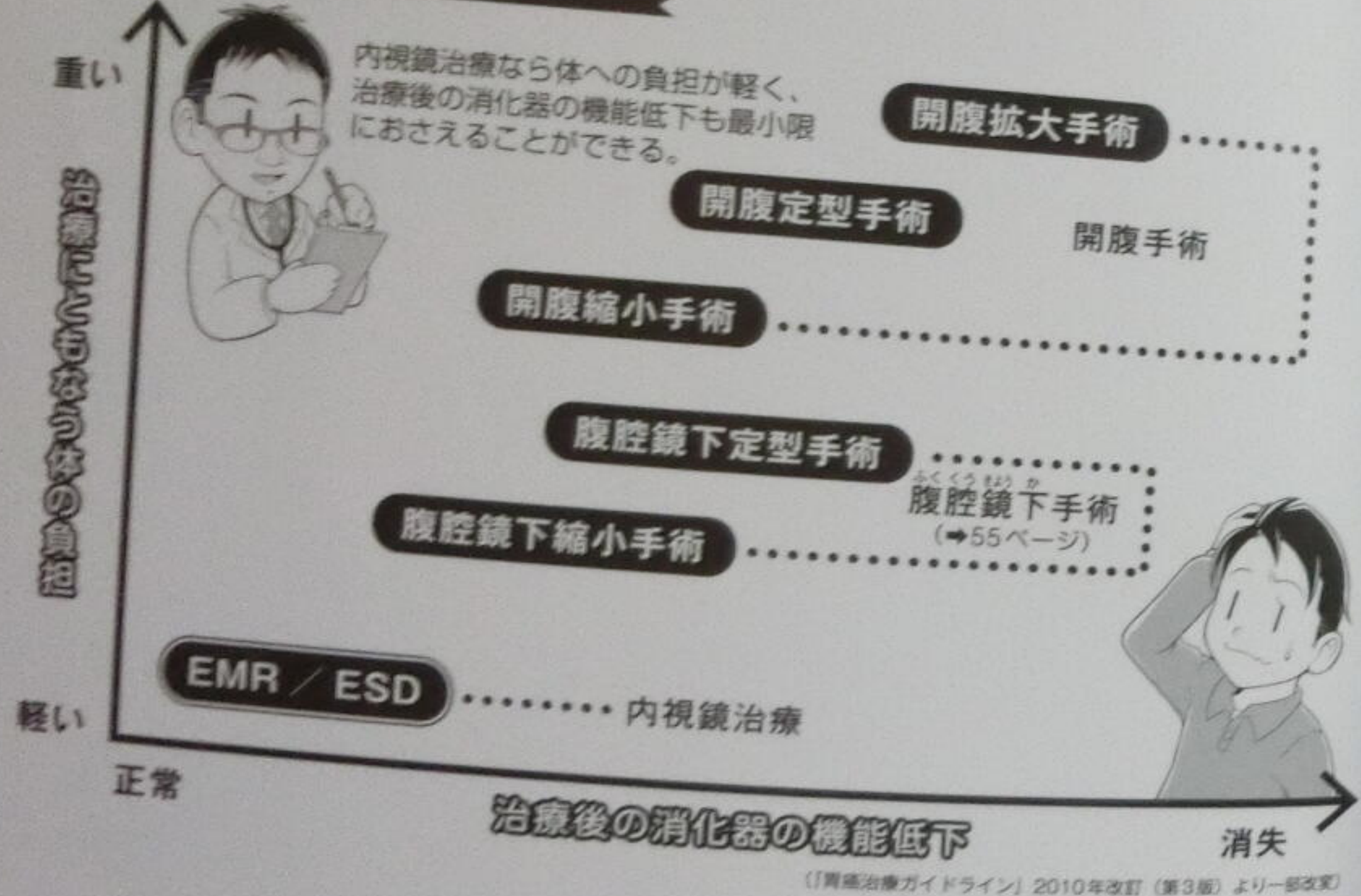
胃は、内視鏡によって到達できる部位に存在しています。胃の中をのぞき込み、早期のガンでも見落とさず診断します。

●早期ガンと進行ガンの分類

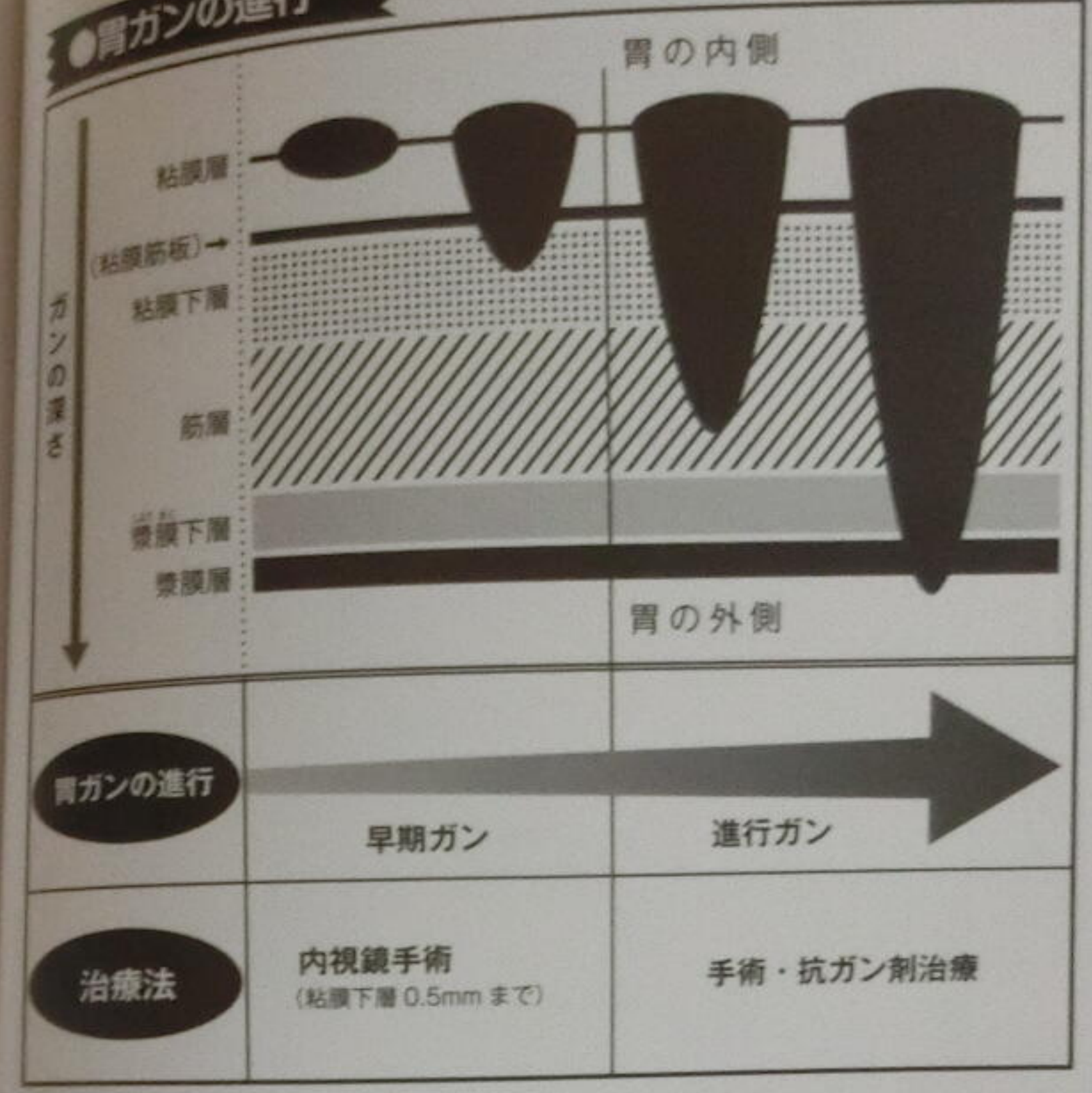
タイプ	形態	状態
早期ガン	0型	表在型
	1型	隆起型
	2型	潰瘍限局型
進行ガン	3型	腫瘍浸潤型
	4型	びまん浸潤型
	5型	分類不能

病変の肉眼的形態が軽度な隆起や凹凸を示すに過ぎないもの
明らかに隆起した形態を示し、周囲粘膜との境界が明瞭なもの
潰瘍を形成し、潰瘍をとりまく胃壁が肥厚し周堤を形成し、周堤と周囲粘膜との境界が比較的明瞭なもの
潰瘍を形成し、腫瘍をとりまく胃壁が肥厚し周堤を形成するが、周堤と周囲粘膜との境界が不明瞭なもの
顕著な潰瘍形成も周堤もなく、胃壁の肥厚・硬化を特徴とし、病変と周囲粘膜との境界が不明瞭なもの
上記分類にあてはまらないもの

●治療法による体への負担度



●胃ガンの進行



胃の粘膜層（厚さ2〜3mm）に発生した胃ガンの芽は、目に見えないほどの小さなものから始まり、年単位の時間がかかって5mm程度の早期ガンの大きさに育ち、ようやく発見可能になります。早期ガンならその多くの場合は治癒させることが期待できます。ただし放っておくと、この粘膜のガンは徐々に深く入り込みます（これを浸潤といいます）。ガンの浸潤が粘膜と粘膜下層にとどまっている段階が早期ガン、筋層より深く浸潤した段階が進行ガンです。

早期発見、早期治療が大原則。積極的に胃ガン検診を

ガンの診断①

早期胃ガンと進行胃ガンはここが違う

胃ガンは、その胃壁の奥まで入り込んだ深さの程度によって、早期ガンと進行ガンに分けられ治療法は異なります。

●ガンの進行度（ステージ分類）

ガンがどこまで深く進んでいるか、胃の周辺でのリンパ節「領域リンパ節」の転移の個数は？

リンパ節転移	転移リンパ節なし N0	1~2個 N1	3~6個 N2	7個以上 N3
胃の粘膜にとどまる T1a	IA			
胃の粘膜下層に進んでいる T1b	IA	IB	IIA	IIB
胃の粘膜にとどまる T2	IB	IIA	IIB	IIA
胃の粘膜下層にとどまる T3	IIA	IIB	IIA	IIB
漿膜を越え胃の表面に出ている T4a	IIB	IIIA	IIB	IIIC
胃の表面に出たうえに、他の臓器にも転移 T4b	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC
肝、肺、骨髄など遠くに転移 AnyT	IV			

（日本胃癌学会「胃癌取り扱い規約第14版」による）

●胃生検組織診断分類（グループ分類）

- グループ1 正常
- グループ2 良性（ガンではない）と判定
- グループ3 良性（ガンではない）と悪性の境界領域にある
- グループ4 ガンが強く疑われるが、ガンとは判定できない
- グループ5 ガン

「グループとステージは違う」

都内在住の男性W氏は50歳の会社員。1年前に胃ガンが見つかったとき、ガンがあるかどうかを調べる胃生検では「グループ5」。（「うかがい進行したガンか……」）それは、間違いない。

胃ガンの診断では、まず胃の中の怪しい部分を内視鏡で取り、顕微鏡で調べ、ガンかどうかを確かめます。これが、胃生検組織診断分類（グループ分類）と呼ばれるもので、「グループ5」のみがガンです。ガンとわかったら次に、病期（ステージ）、つまり発見時ガンがどの程度進んでいるの

ガンの診断②

「胃生検」の次に「病期（ステージ）」を見極める

胃生検組織診断分類の検査結果を、ガンの進行度と照らしあわせて、ここから診断しておきましょう。

組織分類（グループ）

ガンかどうか

グループ5のみが「ガン」です

進行度（ステージ）

治療法の選択

ガンの深さと転移の状況で決まる

進行度で治療方針が決まる

ガンの進行度（ステージ）は、ガンの深さとリンパ節転移などの状況から決まり、最適な治療法が選択されます。

胃の粘膜や粘膜下層の浅い層に、ガンがまたどこまで進んでいる早期ガンでは、今なら「2人に1人」が内視鏡を使う方法（EMR/ESD）で治ります。

か、転移の有無などを診断し、治療方針が決まります。そして予後（治り具合）は、ステージ分類のI・II・III・IVという数値が小さい段階ほど治りやすく、治療後の5年生存率も高くなります。

ちなみに先のW氏は、ステージI、ESDで治った早期胃ガンでした。

胃ガンになりやすい危険度がわかる!

ピロリ菌とペプシノゲン検査

1980年代にヘリコバクター・ピロリ菌（以下、ピロリ菌）と呼ばれる細菌が、胃の粘膜から発見されました。ピロリ菌は4ミクロン（0.004mm）ほどの微小な細菌で、胃の粘膜の中に棲みついています。日本人の場合にはピロリ菌の保菌率が60歳以上では6〜7割！

このピロリ菌は、アンモニアや毒素などを出して慢性胃炎を生じさせます。胃炎の症状が長引くと、胃の粘膜が萎縮して薄くなる慢性萎縮性胃炎と呼ばれる症状に進み、発ガン物質などの影響を受けやすくなるため、胃ガンを起こす下地になるともみられています。

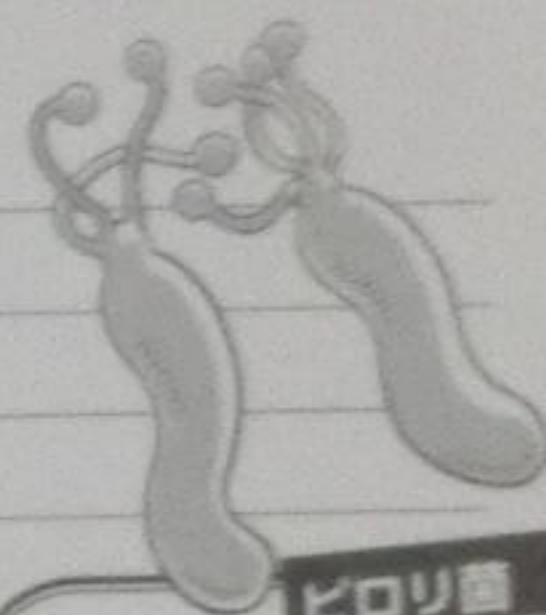
一方で、胃ガンになりやすい危険度が、血液検査でわかる方法が「ペプシノゲン検査」。職場検診などでも、その結果が気になる検査のひとつです。

ペプシノゲン検査は、その数値によって陰性と陽性に分か

れ、強い陽性の人は萎縮性胃炎、胃ガンが疑われます。陰性でも、数値が高めの人はピロリ菌の感染などが疑われます。

ピロリ菌の除菌方法は、胃酸を抑えるプロトンポンプ阻害剤（PPI）と2種類の抗生物質（アモキシシリン、クラリスロマイシンなど）を朝と夜の1日2回、1週間服用します。除菌できたかどうかの判定は、薬の服用が終わってから4週間以上して呼気検査（吐いた息を検査する）などで判断します。

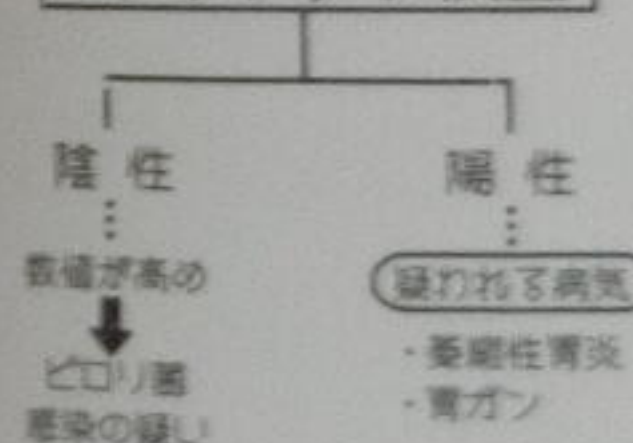
2010年以降、胃・十二指腸潰瘍のほか早期胃ガンの内視鏡治療後の患者さんなども、ピロリ菌感染の有無を調べる検査や除菌治療に保険が使えるようになりました。



ピロリ菌

4ミクロンほどの大きさのらせん状をした細菌で4〜8本のしっぽがある。このしっぽをヘリコプターのように回転させて移動することから、ヘリコバクター・ピロリと名付けられた。日本人の保菌率は60歳以上の6〜7割

ペプシノゲン検査

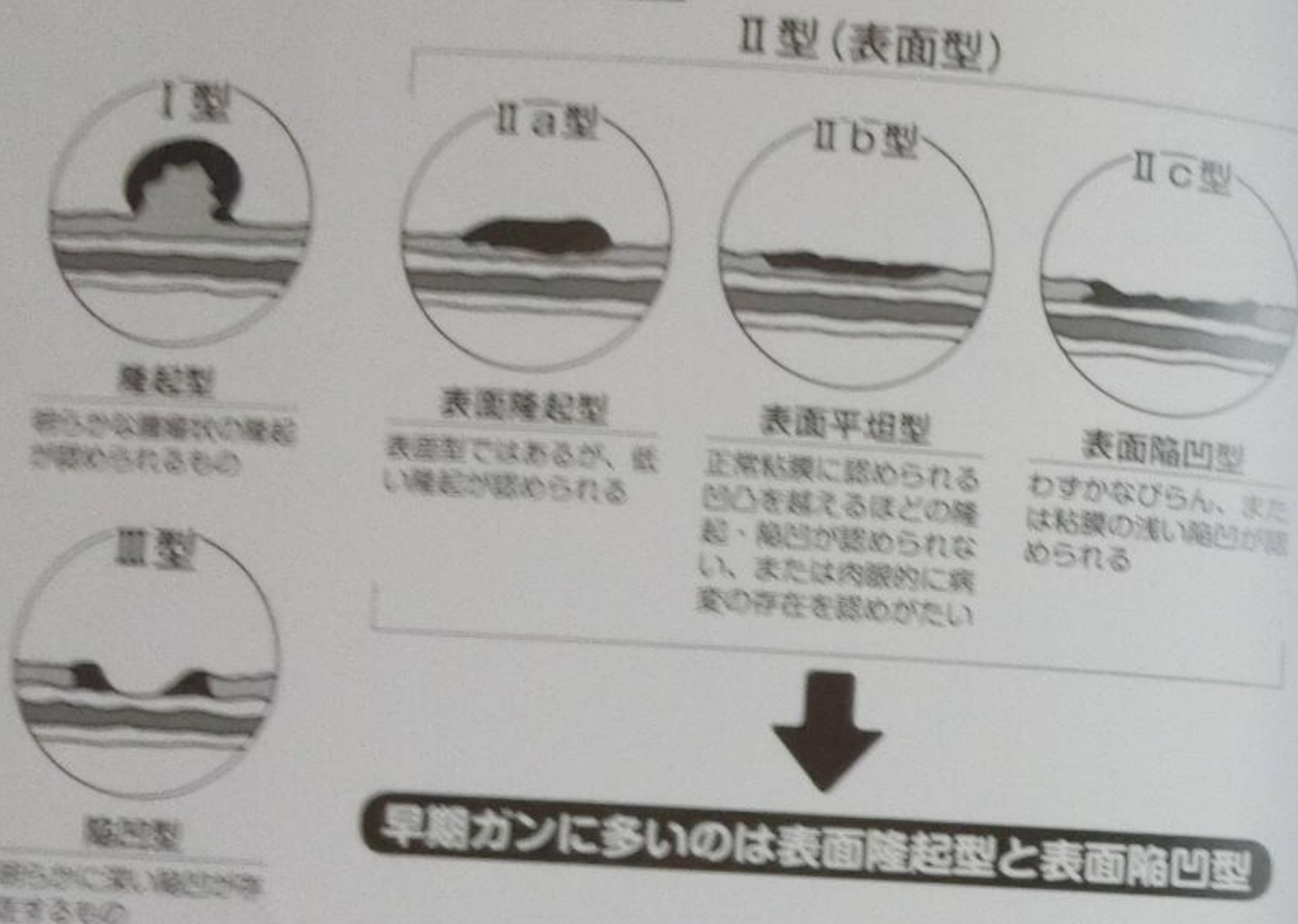


早く気づければ胃ガンはなおしやすいといわれています。早期胃ガンは発見された時点で「手術」が必要で、手術後はがんが再発しにくくなります。どんなタイプの胃ガンなら早期の発見が大切なのか、がん検診でわかる検査があります。

PART 3

ESDを選択する
前に確認したい
ポイント10

●早期胃ガン（0型）の形態の種類



MEMO

5年生存率とは

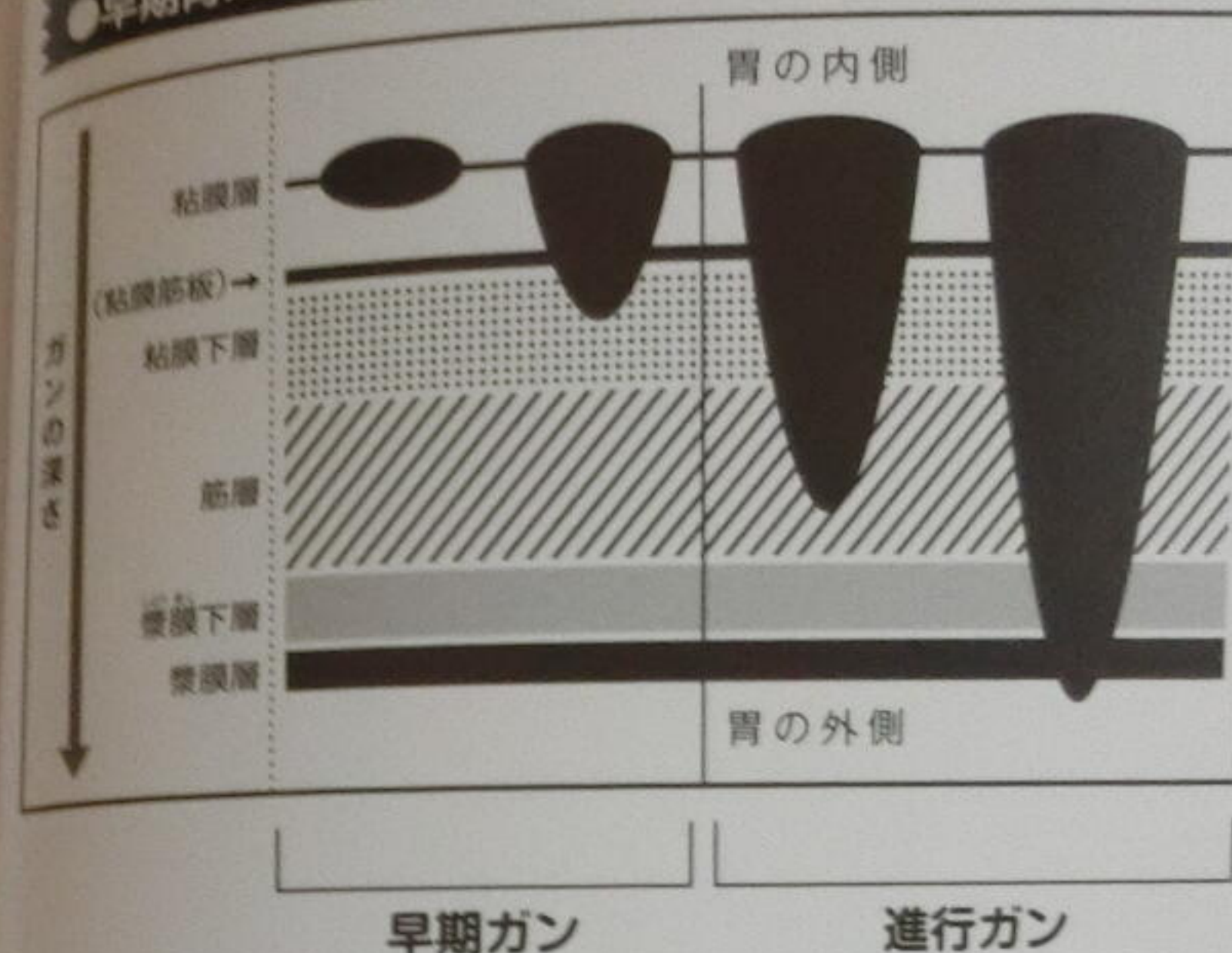
多くの消化器ガンは、治療から5年経過後に再発する確率が極めて小さくなるので、ガンの治療成績を知る目安のひとつとされています。胃ガンの再発は、治療後1～2年以内に起こることが多く、それ以上は徐々に減っていき、5年以上経って再発することはあまりないのです。

（※胃がん、（Ⅱa～Ⅱc）タイプ）
（※Ⅱa～Ⅱcタイプ）
（※Ⅱa～Ⅱcタイプ）
（※Ⅱa～Ⅱcタイプ）

進行度	5年生存率
I	98.7%
II	72.7%
III	44.3%
IV	7.0%
全例	73.2%

の大きさに応じて、その時点での標準治療およびその治療成績を医師が説明し、患者さんの理解と納得を得る——というのが、内視鏡治療における第一のルールとされています。

●早期胃ガンであるかの目安は「ガンの深さ」



何の検査をすればわかるのか

- ・内視鏡検査
- ・胃生検 (→32ページ)



早期ガンが再発したら
元も子もありません

早期ガン治療の目的は、ガンを完全に治すことです。病気の進み具合により治療法、ガンが治る率が大きく異なります。正確な診断に基づいた治療方針の決定が不可欠です。

大抵の場合、開腹手術や腹腔鏡下手術が胃ガン治療の基本とされるのは、胃とリンパ節を切り取るので良好な治療成績が得られるからです。内視鏡治療を受けたためにガンの治療率が損なわれるのでは本末転倒で、ガンが再発したら元も子もありません。

治療前
チェック

1

「早期ガンである可能性が高い」といわれましたか？

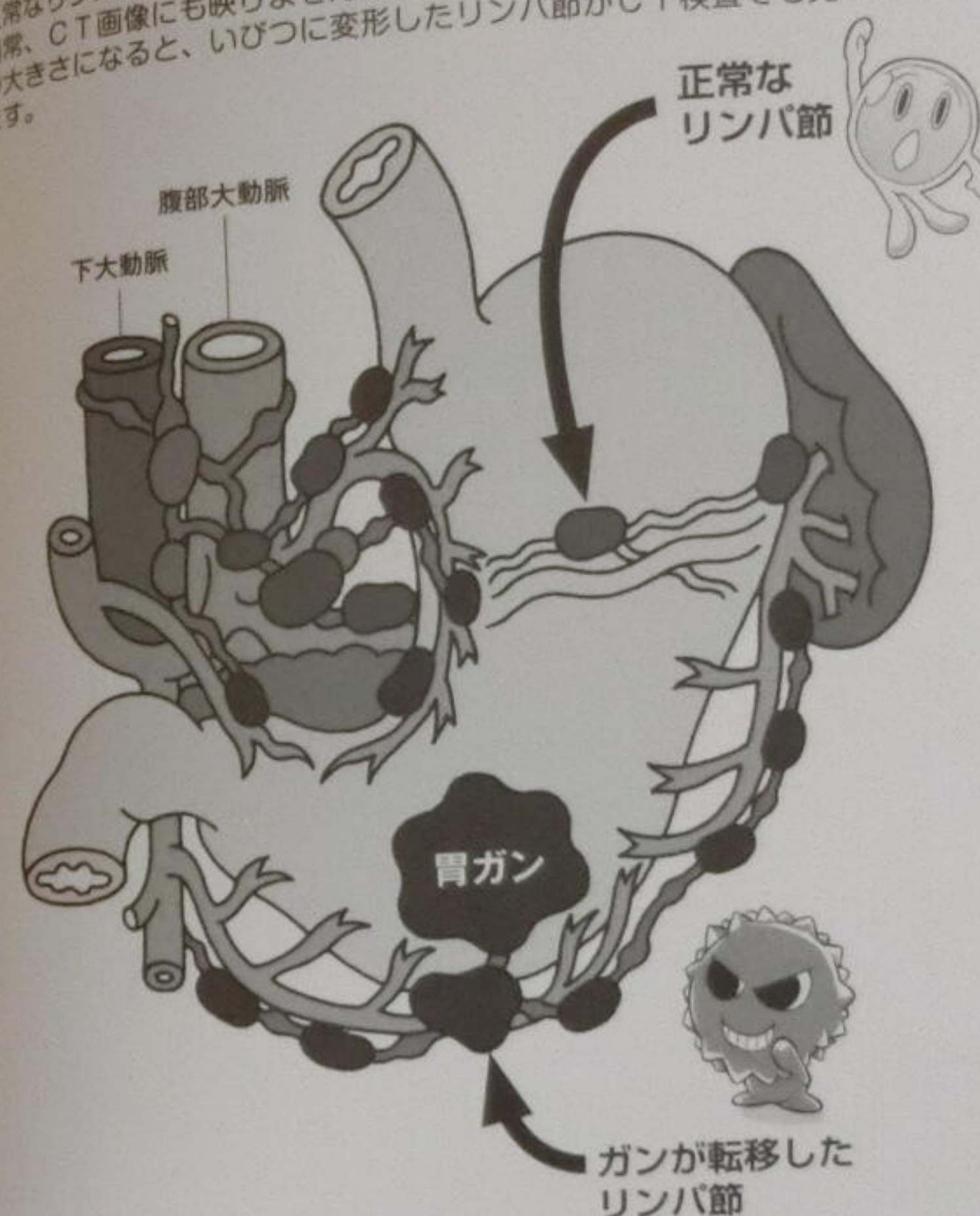
おなかを切らずに治るガンが、手術を受けたほうがよいガンか。この判断は、「早期ガンである可能性が高い」といわれましたか」という問いに対しての、「はい」から始まります。

リンパ節転移のない粘膜内のガンですか？

リンパ節は、ガン細胞が全身に広がるのをくい止める役割をしています。早期ガンでも、ガン細胞がリンパ節に飛び火している場合には、手術がベストの選択です。

リンパ節転移の状況

正常なリンパ節とリンパ節転移の違い
リンパ節は、リンパ管が合流する部分にできるリンパ組織です。正常なリンパ節は、米粒のような形をしています。通常、CT画像にも映りませんが、ガンがリンパ節に転移して一定以上の大きさになると、いびつに変形したリンパ節がCT検査でも見つかります。



リンパ節転移と進行度

ガンの転移は、一般には胃に近いほうから始まり、遠くのリンパ節へと広がります。進行度は、3つに分けられ、転移したリンパ節の個数が、1～2個→3～6個→7個以上という段階でみていきます（→39ページ）。

内視鏡テクニックでは、リンパ節切除が不可能

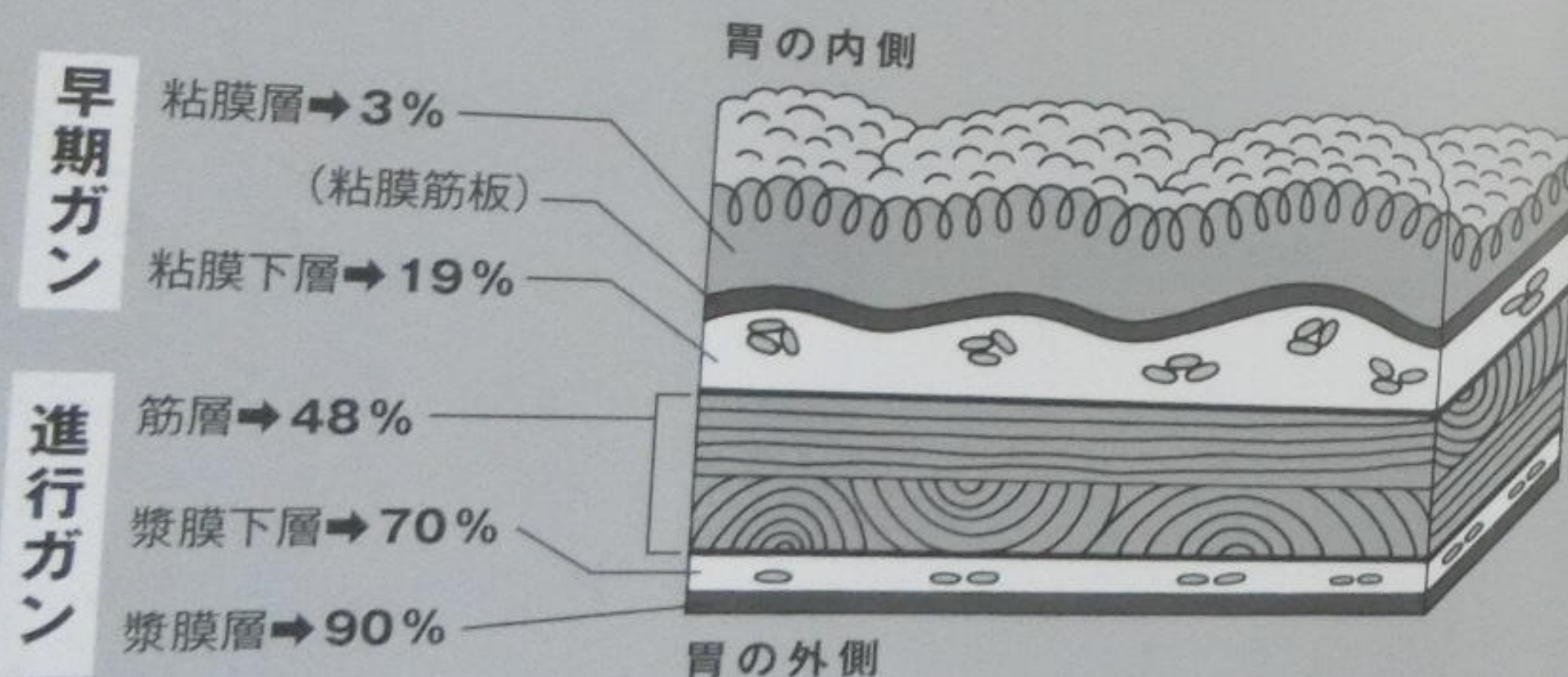
手術と違い、ガンを胃の内側から切り取る内視鏡治療のテクニックでは、胃の外側にあるリンパ節を切除することは不可能です。そのため、内視鏡治療の対象になる胃ガンは、リンパ節転移がないきわめて早期の「胃の粘膜ガン」でなければなりません。

リンパ節転移の頻度はガンの深さに比例して高くなり、より多くより遠くのリンパ節への転移をきたします。この場合に治療方法は、ガンの進行度によって、開腹手術や腹腔鏡下手術、あるいは手術不能ガンに対する抗ガン剤治療などのさまざまな選択肢が考えられます。

大抵の場合、手術が第一選択肢とされるのは、ガンと周囲のリンパ節を完全に取り除くことにより治療の可能性が高くなる（とくに早期胃ガンはほぼ完治）からです。

ガンの深さ（深達度別）とリンパ節転移の頻度

粘膜内のガンではリンパ節転移の頻度は3%ですが、漿膜内のガンではその頻度が90%になります。このように進行ガンは、早期ガンに比べて、よりガンが深く、リンパ節転移の頻度が高いといえます。ただし、「リンパ節転移」＝「手遅れのガン」というわけではありません。手術を受けて、転移があるリンパ節を取り除く（これをリンパ節郭清といいます）ことによって治療が望めます。早期胃ガンならほぼ完治します。



●より多くの早期胃ガンを治せる時代へ

EMR時代の内視鏡切除術

深達度/大きさ 組織型	粘膜ガン		粘膜下層ガン	
	深達なし ≤2cm 2cm<	深達あり ≤3cm 3cm<	≤3cm (SM1)*	その他サイズ (SM2)*
分化型	■	■	■	■
未分化型	■	■	■	■

* 粘膜下層は粘膜下層。ガンの深達によって粘膜下層に侵襲する。粘膜下層に侵襲する。

ESD時代の内視鏡切除術

深達度/大きさ 組織型	粘膜ガン		粘膜下層ガン	
	深達なし ≤2cm 2cm<	深達あり ≤3cm 3cm<	≤3cm (SM1)	その他サイズ (SM2)
分化型	■	■	■	■
未分化型	■	■	■	■

■ ガイドライン適応 ■ 適応拡大適応 □ 外科手術



胃の粘膜ガンをひとかたまりで取り除くESDなら、ガンの大きさに限れば、2~3cmでもOK。それまで外科手術が適当と判断されていた3cmを超える早期胃ガン（粘膜ガン）のケースも、ESDでの治療が可能になっています。

治療新 チェック 3

あなたのガンは内視鏡で治せる大きさですか？

切らすに治せるガンの大きさは、原則として「2~3cm」。ただし、大きなガンでも手術と同様の治療効果が期待でき、ほぼ完全な可能性が高いと判断できれば、内視鏡治療が可能です。

「大きな早期胃ガンでも
第一選択はESD」

ば、体への負担が軽い内視鏡治療でほぼ完全な可能性が高いと判断できれば、内視鏡治療が可能です。

日本胃腸学会の治療ガイドラインでは、早期ガンのなかでも、ごく早期の「2cm以下」が内視鏡治療の対象と規定されています。ESDが普及するにつれて、従来なら手術が必要だった早期胃ガンでも、安全・確実に、取り除くことができるようになりました。

もちろん早期胃ガンが再発するようなら治療は絶対避けるべきであり、ガン細胞を胃の中に取り残さずひとかたまりにして取り除けることが絶対条件です。

ですから、原則として「3cm以下」の大きさを満たすものなら



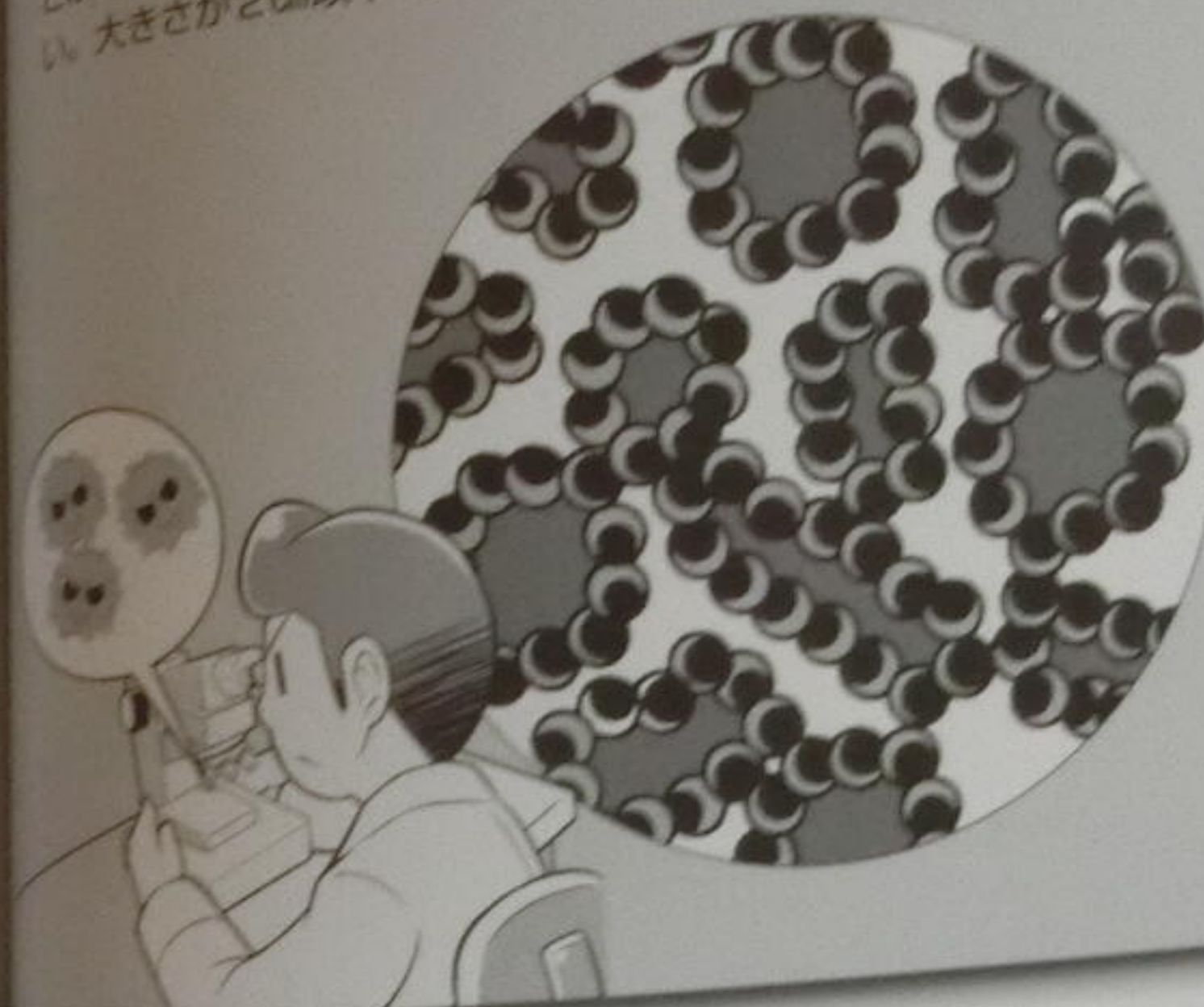
ただし、10cmでも
深さのない
粘膜ガンならESDで
治療できます

ガンの特徴は「分化型」ですか？

「分化型」は比較的低悪性度の低いガンで、「低分化型」「未分化型」になると悪性度が増します。内視鏡で治しやすいのは「リンパ節転移のない分化型胃ガン」なのです。

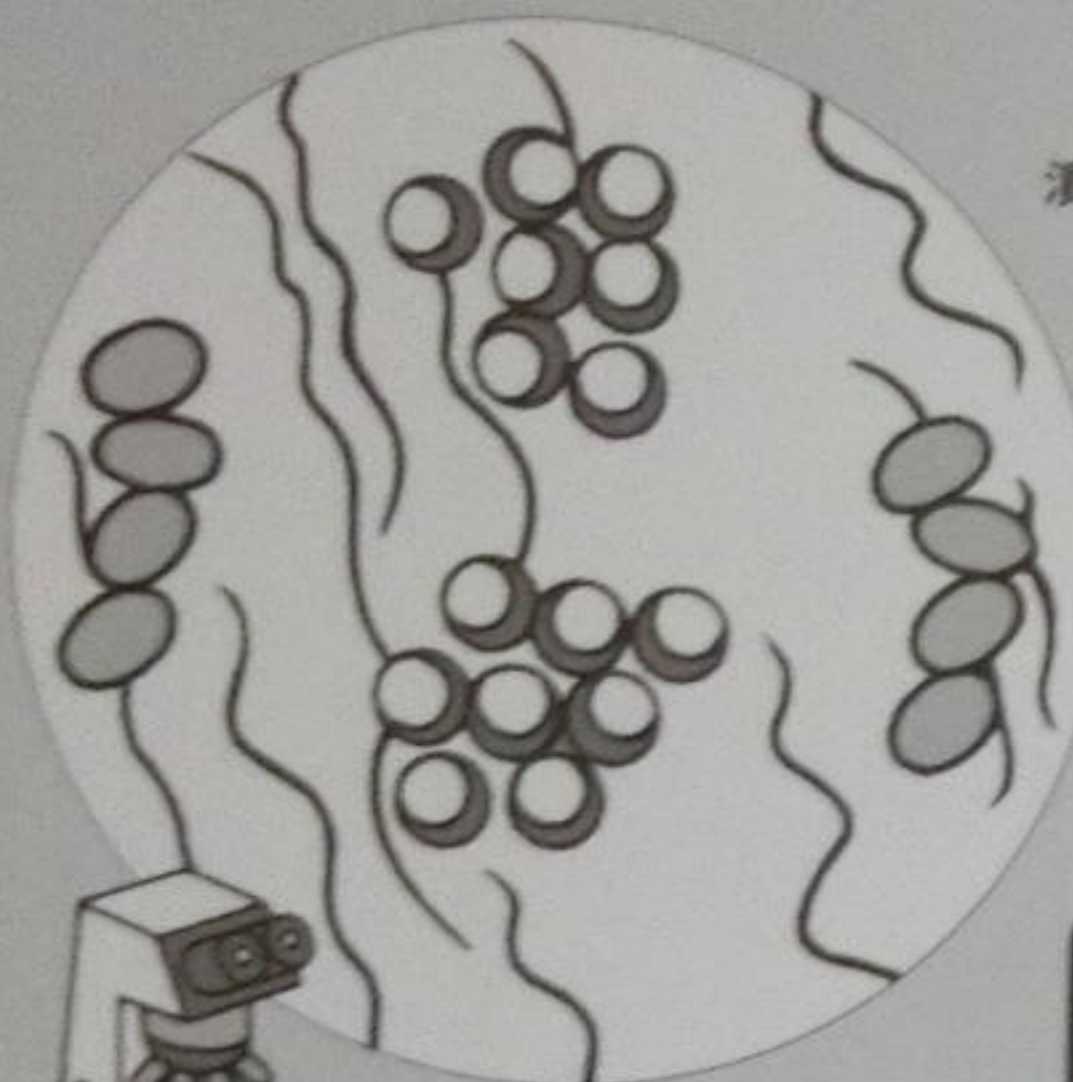
分化型胃ガン

ガン病巣周辺の粘膜（正常細胞）に似た構造をもち、細胞同士がひとかたまりとなって発育していくことが多いため、一括切除しやすい。大きさが2cm以下であればリンパ節転移の可能性はない。



未分化型胃ガン

正常組織とは似ても似つかない構造をもつガン細胞。周囲に入り込んで増殖しやすいタイプと、ひとかたまりになって発育するタイプがある。小さくてもリンパ節転移をすることがある。



未分化型の早期胃ガンにおいて、2cm以下の粘膜ガンで潰瘍がなく、脈管侵襲*もない例では、リンパ節転移は見られないことが、国立がん研究センターとがん研有明病院のデータを分析して確認されました (Goloda T, et al: Gastric Cancer, 2009)。これは1969~2007年に手術を受けた未分化型早期胃ガン患者3843人が分析対象とされたものでした。

ただし、2cm以下の未分化型ガンはそもそも少なく、潰瘍の有無もはっきりしない例も多いので、未分化型ガンへの内視鏡治療の適応拡大は慎重に判断します。

未分化型でも2cm以下で潰瘍がなければESD治療が検討されます。



*脈管侵襲（血管とリンパ管への広がり）

未分化型ガンはリンパ節転移のリスクが高い

左表によれば深さが粘膜までの分化型で、潰瘍やその傷痕もなく、しかも大きさが2cm以下であれば、リンパ節転移の可能性はほとんどありません。

未分化型の場合は、粘膜ガンでも潰瘍があると約3~6%、粘膜下層ガンでは10%以上がリンパ節転移になっています。

深さ	潰瘍	分化型		未分化型		リンパ節転移
粘膜	なし	≤2cm	>2cm	≤2cm	>2cm	なし
		0% (0/437)	0% (0/493)	0% (0/310)	2.8% (6/214)	
あり		≤3cm	>3cm	≤2cm	>2cm	
		0% (0/468)	3.0% (7/230)	2.9% (9/271)	5.9% (44/743)	
粘膜下層 (粘膜下層浸潤 500μ未満)		≤3cm	>3cm			なし
		0% (0/145)	2.6% (2/78)	10.6% (9/85)		

(国立がん研究センターがん情報システム「がんの診断」「胃癌」より)

分化型の早期胃ガンなら おなかを切らずに治る

早期胃ガンと診断された場合は、治療方針を決めるうえで、いわゆる「ガンの組織型」が大きな意味をもちます。組織型とは、胃の中に発生したガン細胞の特徴を顕微鏡で調べたもので、言ってみれば、ガンの「性格」のようなものです。性格の良いタイプを「分化型ガン」、逆に性格の悪いタイプを「未分化型ガン」と呼びます。分化型胃ガンと未分化型胃ガンでは、リンパ節転移のリスク（頻度）も異なります。内視鏡治療で切り取りやすいのは、分化型の早期胃ガンです。

ガンの場所は内視鏡と取りやすい場所と取りにくい場所

早期胃がんの発見は内視鏡検査で得られる。ただし、内視鏡検査はがんの場所によって、取りやすさや取りにくさが異なる。がんの場所によって、取りやすさや取りにくさが異なる。がんの場所によって、取りやすさや取りにくさが異なる。

がんを取りやすい部位と取りにくい部位

胃の上部

胃の上部は、胃の入り口（贛門部）から、胃の中央部（胃体部）にかけての部分。出血が少なく、内視鏡検査で取りやすい。ただし、出血が少なく、内視鏡検査で取りやすい。ただし、出血が少なく、内視鏡検査で取りやすい。

胃の中央部

胃の中央部は、胃の中央部（胃体部）から、胃の下部（胃窦部）にかけての部分。出血が多く、内視鏡検査で取りにくい。ただし、出血が多く、内視鏡検査で取りにくい。ただし、出血が多く、内視鏡検査で取りにくい。



**決め手は
出血の少なさと
内視鏡操作の
難易度！**

胃の下部

胃の下部は、胃の下部（胃窦部）から、胃の入り口（贛門部）にかけての部分。出血が多く、内視鏡検査で取りにくい。ただし、出血が多く、内視鏡検査で取りにくい。ただし、出血が多く、内視鏡検査で取りにくい。

胃の上部は、胃の入り口（贛門部）から、胃の中央部（胃体部）にかけての部分。出血が少なく、内視鏡検査で取りやすい。ただし、出血が少なく、内視鏡検査で取りやすい。ただし、出血が少なく、内視鏡検査で取りやすい。

胃の中央部（胃体部）から、胃の下部（胃窦部）にかけての部分。出血が多く、内視鏡検査で取りにくい。ただし、出血が多く、内視鏡検査で取りにくい。ただし、出血が多く、内視鏡検査で取りにくい。

**Kさん(60代男性)の
早期胃ガン**

東京都在住のKさんは2年前の秋、内視鏡検査を受け、2cm大のガンが「胃角部小彎」に見つかった。胃潰瘍の痕跡があり、おなかを切るか、切らずに治るか。最初は「五分五分です」といわれたが、30分足らずでESDが成功。退院2週間後には職場復帰し、今も元気に暮らしている。65kgの体重も変化なし。「運がよかった」とは本人の弁です。



内視鏡治療にともなうリスクを知っていますか？
いくら無痛かつ上手な医師でも、またいかに注意を払っても「偶発症」が生じる可能性があります。予期せぬ偶発症とその対応について、十分な説明を受けましたか。

「2大偶発症」は
出血と穿孔

より確実にガンをひとかたまりで取り除くためには、従来のESDよりもESDのほうが有効です。

ESDと比較して、ESDの「欠点」は、出血や穿孔を起こす頻度がやや高くなり、追加治療が必要になる可能性が考えられることです。

もし出血や穿孔が起これば、ほとんどの場合、内視鏡を入れて止血したり、穴を閉鎖したりすることが可能です。ただし、きわめて稀に緊急手術が必要になる場合があります。

リスクの高い人

治療前からさまざまな病気のあつた、高齢の方は手術と同様、内視鏡治療にともなうリスクの頻度が高まることもあります。

十分な予防策を講じています。偶発症の発生を予測することには困難な場合が多いのが現状です。

ほかの治療法と比べて、内視鏡治療はメリットが大きいから行うのであって、必ずしも安全ではないことも理解しておきましょう。予期せぬ偶発症が生じた場合、要領として治療の人の腕が問われます。費用や仕事の手配などの不安がたまりかねることもあります。

偶発症はなぜ起こる？

ESDの場合、技術的な難しさから出血・穿孔などの偶発症の頻度がより高くなる傾向が指摘されています。

出血は術後2時間以内ですが、つとも起きやすく、突然、吐血、下血をすることもあります。

こうした偶発症の実態については、ESDによる胃がん治療103万人分の術後成績に基づく数字も報告されています（左表）。その一方で治療器具の改良とともに、内視鏡治療のチクニツクも向上していますので、偶発症の発生は減少しつつあります。

●ESDで多い2大偶発症

穿孔に気がついてしまう穿孔。緊急処置を必要とした治療後の出血の頻度はいずれも4%程度です。穿孔や無出血などの呼吸器の合併症は0.3%程度です。



穿孔
（穿孔に気がついてから）



穿孔に伴う出血
（穿孔直後の空気の漏れ）



出血

右胃下壁粘膜中の血管性出血

胃がん103万人ESDにおける偶発症（穿孔・出血）の発生頻度

		出血	穿孔
発生部位	胃上部	9 / 175 (5.1%)	10 / 175 (5.7%)
	胃中部	24 / 421 (5.7%)	16 / 421 (3.8%)
	胃下部	31 / 425 (7.3%)	6 / 425 (1.4%)
がんの大きさ	2cm以下	35 / 719 (4.9%)	18 / 719 (2.5%)
	2.1～3cm	10 / 175 (5.7%)	6 / 175 (3.4%)
	3.1cm以上	11 / 138 (7.9%)	11 / 138 (7.9%)
術者の経験	あり	10 / 245 (4.1%)	14 / 245 (5.7%)
	なし	46 / 790 (5.8%)	21 / 790 (2.7%)

「Gastric」, et al. (2012) Gastric Cancer, 15(1), 1-10. J. Gastroenterol. (2012) 153(1), 1-10.

AGM

【比較】内視鏡検査で起こる偶発症は？

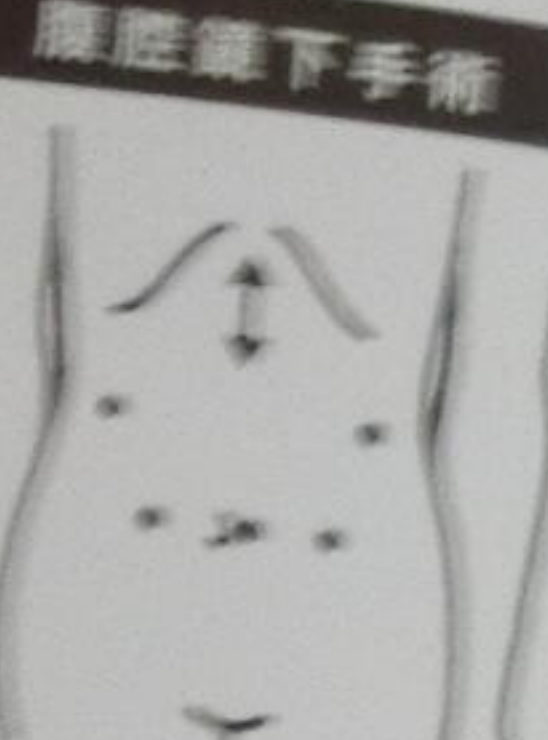
日本消化器内視鏡学会が、内視鏡治療のある全胃切除術を背景に、5年未満（2005～2012年）に消化器内視鏡治療にともなう偶発症の頻度を調べました。

内視鏡検査の偶発症は、内視鏡治療に比べてさらに低く1万例に2件程度の頻度と報告されています。

●内視鏡検査の偶発症発生頻度（全胃切除）

検査対象	偶発症数	割合 (%)
1284 万 4551 例	4152 件	0.032

●いろいろある早期胃ガンの治療法比較データ

	開腹手術	腹腔鏡下手術	内視鏡治療
おなかの傷			
	20~30cm	5cm程度+1cmが傷か所	無傷
治療法	20~30cmの開腹。早期胃ガンでは、胃の切除範囲を小さくする縮小手術（胃門保持胃切除）を	開腹せず、おなかに開けた小さな穴4~5か所から内視鏡と治療器具をさし入れ、モニターで観察しながら手術する	EMR⇒22ページ ESD⇒18ページ
入院日数	7~14日間	10日間程度	EMR: 3~5日間 ESD: 5~8日間
退院後経過（5分間）	7日後	5日後	EMR: 1日後 ESD: 2日後

【早期胃ガン治療、それがベストの方法か】

小さなガンであれば、早期胃ガンに特定するEMRが選択肢のひとつとなりますが、胃の筋層のガンを100パーセント取り残さずに正確な病理診断をするためには確切ではないと考えられます。手術ならリンパ節切除も可能で、より確実な方法です。しかし、体への負担が重くなります。

術前の内視鏡診断で、ごく早期の粘膜ガンである可能性が高い場合には、ガンをひとかたまりで取り除くEMRを一度受けた後に、病理組織検査で最終的な進行度の診断結果を得てから、追加手術が必要かどうか検討する方法が考えられます。

つまり、EMRという内視鏡治療の2つの利点は、早期発見した胃ガンを完全に治し、同時にガンの正確な進行度を明らかにすることが期待できるということです。

治療前
チェック

7

内視鏡治療がベストの方法といわれましたか？

早期胃ガンと診断された場合は、ESDのほかに、従来の内視鏡治療EMR、腹腔鏡手術を含めた手術という方法が別の選択肢になります。

ESDの長所
～手術との比較～

入院期間が
短い

おなかを
切らずに
治る

偶発症の
頻度が高い
(⇒52ページ)

食生活が
以前と
変わらない

治療技術が
煩雑(医師に熟練
が必要)で
長時間にわたる

ESDの欠点
～EMRとの比較～

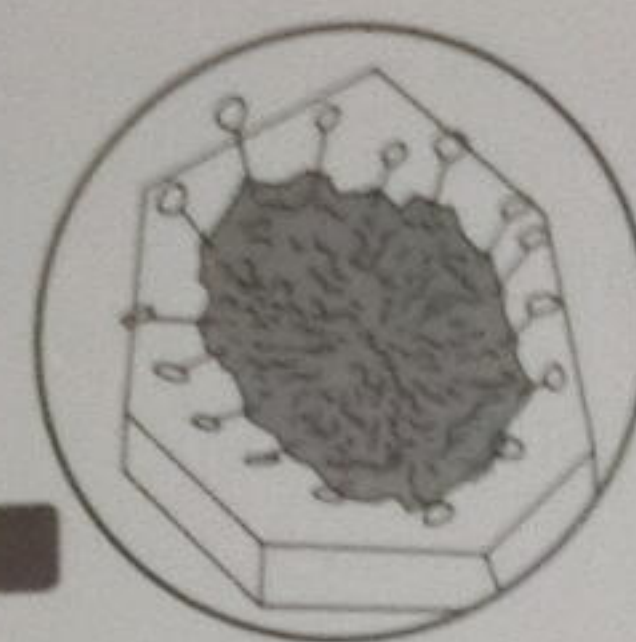
●ESDの適応基準●

- ①胃生検の結果、組織型が分化型
- ②明らかな粘膜下層への浸潤なし
- ③胃の潰瘍がある場合は腫瘍径が3cm以下
- ④技術的に、安全かつ常識的な治療時間で一括切除できる粘膜ガン



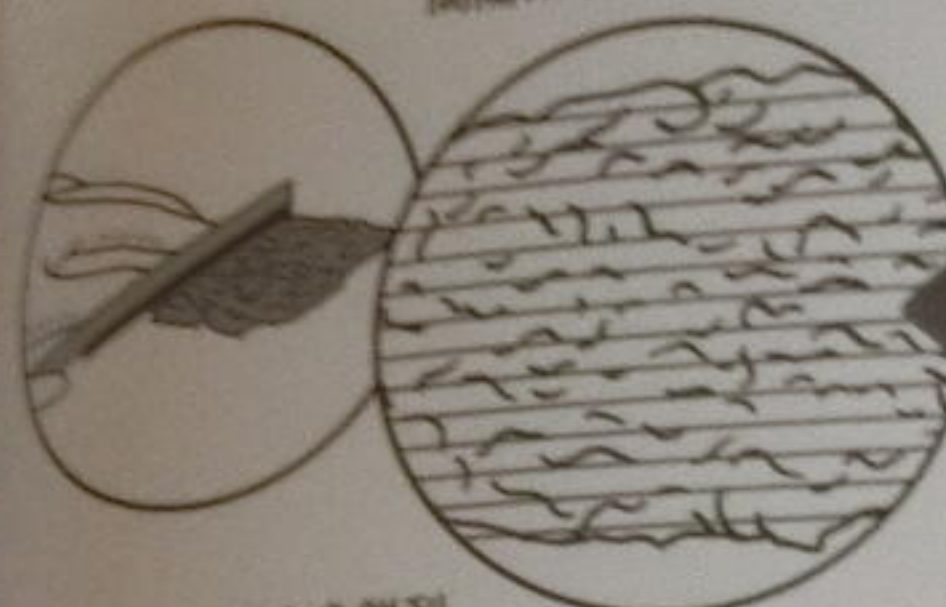
病理組織検査の結果は「転移なし」ですか？

内視鏡治療で一括切除したガンは、病理診断で顕微鏡などによる詳細な検査を行い、リンパ節転移の有無、ガンの悪性度、追加手術が必要かどうかを判定します。



内視鏡で取り出したガンの標本を作る。
サイズは20mm×30mm

くわしく調べるため、
ガン標本を2～2.5mm
間隔に切り刻む



医師が、ガン標本を鋭利なカミソリで刻む



血管やリンパ管への転移がないかを顕微鏡レベルで細かく観察する

病理担当医とは

治療後の、正確な病理組織検査では、治療が成功したかどうかを十分に評価できるガンの標本、すなわち「一括切除標本」を得て、初めて判定が可能になります。病理担当医は、ガン標本を詳細に調べる大事な役割を担っています。

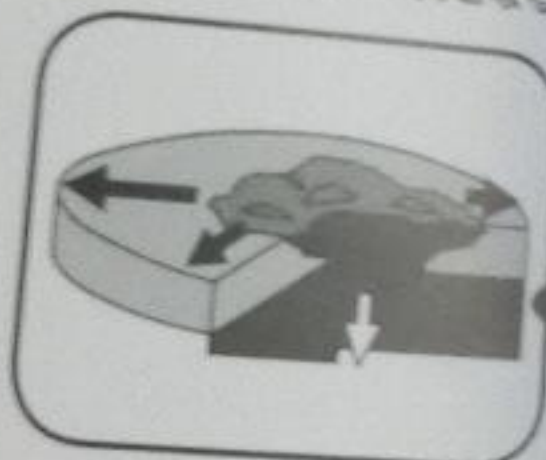
「病理検査の結果「転移なし」 「切らずに治った！」

胃の粘膜内に発生したガンを切り取る内視鏡治療。EMR、ESDともに技術的な限界はリンパ節切除をできないことにあります。したがって、おなかを切らずに治せるのは、リンパ節転移の可能性がほとんどない早期胃癌（粘膜ガン）であることを十分に理解しておきましょう。

ESDで、大きなガンをひとかたまりで取り除いたにもかかわらず、切除後のガン標本の端の部分からガン細胞が見つかることがあります。これを「断端陽性」といいます。

病理組織検査とは
治療後にガンを確実に治せたかどうかを調べる検査。切り取ったガン病巣を容器の中でホルマリン漬けにしたあと、ガン標本を顕微鏡でくわしく診断します。

ガンの取り残しがないか、ガン標本の上下、左右（断端）を調べる。ガンが完全に切り取れている場合は「断端陰性」。取り残しが見られる場合は「断端陽性」と判定し、追加治療が必要となる。



主な原因としては、胃ガンの広がりや深さを、治療前に正しく把握できなかった術前診断の「誤り」にあります。内視鏡治療では、とくに専門技術を有する治療医の「眼」が極めて重要といわれる理由です。

また、①ガン細胞が粘膜内にとどまっている、②組織型が分化型胃癌、③血管やリンパ管にまで浸潤（ガンが増殖して広がっている）が認められない——これら、①から③の要件を満たしているかどうかは、切除した組織標本を病理検査することで、正確な診断が得られます。



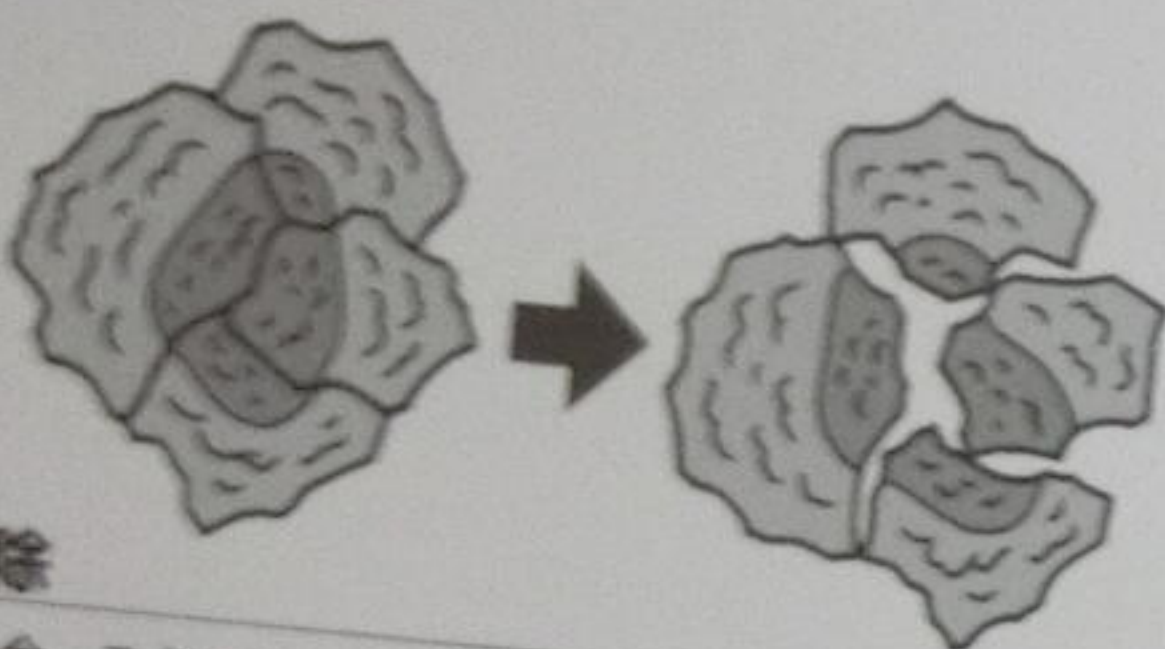
一括切除

より深い層（粘膜下層）までガン病巣をひとかたまりにして削ぎ取る。この方法なら2～3cm以上の大きさの早期胃癌でも、手術と同等の治療効果が得られる。



分割切除

EMRの場合、スネアという金属の輪っかでガン病巣を摘み取るという技術的な限界があり、1～2cmのガンを分割して切り取る。そのため、正確な病理組織検査が困難。

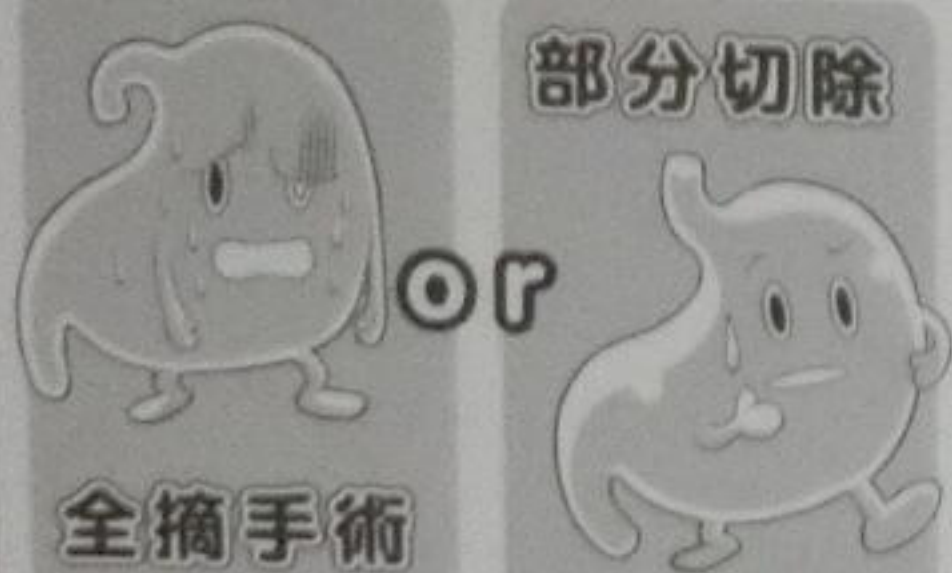


局所再発率
12%

EMRに関する全国集計データでは、治療後にガンが胃の粘膜に再発する割合が12%。

手術（外科手術）

非治療切除の7割



手術で胃を切り取る
[入院] 2～4週間

非治療切除とは

リンパ節転移との関係が強いリンパ管侵襲が認められたり、断端陽性だったりすると、早期胃ガンでも、内視鏡治療では治せなかった非治療切除と判定します。



「いい」といわれなくても、けっして悲観することはありません。早期胃ガンの場合、良好な手術成績が得られるので、その多くの場合には完治します。

ガイドライン治療切除と適応拡大治療切除の条件

術前診断において、ガイドライン治療切除、適応拡大治療切除の条件を満たす早期胃ガンに対してESDを第1選択の治療として、切除後の病理組織検査によって、ガンを完全に取り除き得たかどうか（根治性）を判定します。

① ガイドライン治療切除の条件

- ① ガンの大きさが2cm以下
- ② 粘膜にとどまるガン
- ③ 組織型は分化型
- ④ 潰瘍所見をともなわない
- ⑤ 脈管（血管とリンパ管）侵襲を認めない

② 適応拡大治療切除の条件

- ① 潰瘍をともなわない2cm以上の大きな粘膜ガン（分化型）
- ② 潰瘍をともなう3cm以下の粘膜ガン（分化型）
- ③ 潰瘍をともなわない2cm以下の粘膜ガン（未分化型）
- ④ 3cm以下の粘膜下層ガン（分化型）
- ⑤ 脈管侵襲を認めない

最終的根治度の判定は「治療切除か、非治療切除か」

治療後チェック

2

最終的根治度の判定は「治療切除」ですか？
早期胃ガンと診断された場合、治療前の術前診断は的中率9割程度、術後にわかる病理検査の判定なら100パーセント間違いない。決め手は、「治療切除」という最終的根治度です。

治療を始める前の段階で、リンパ節転移がない早期ガンであるかどうかを、100パーセント正確に診断することは現時点では残念ながら不可能です。

ESD後に、顕微鏡を用いた病理組織検査（↓56ページ）で、ガンの深さ、リンパ管や血管へのガンの浸潤、リンパ節転移の有無などをくわしく調べ、ガンが完全に切り取れた治療切除であることを判定。ガンの取り残しがある非治療切除では、追加手術が必要となります。

非治療切除

1割

病理検査結果

治療後
7～10日が出る

9割

治療切除

リンパ節転移「なし」

経過観察へ

リンパ節転移「あり」

内視鏡治療で治療できない

治療切除とは

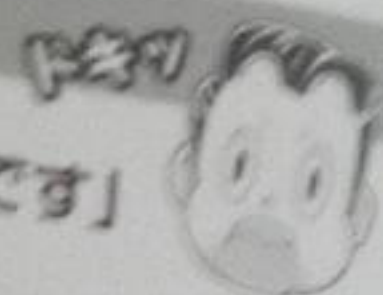
ESD後の病理組織検査の結果、胃癌治療ガイドラインおよび適応拡大のすべての条件（左表）が満たされ、かつ切除断端が陰性であった場合には、ガンが治ったと判定されます。これを治療切除といいます。



内視鏡治療の流れ

診断

①「あなたの病名は胃ガンです」



治療前

②「胃ガンの可能性が高く、内視鏡治療で治る可能性があります」



③「ただし、治療前の診断は違うこともある」



治療前
チェック
①～⑦は
「見立て」

治療後

「治癒切除です」



「残念ながら、非治癒切除。
あなたのガンを治すための
追加手術を受けてください」



がっかり
しないで!

「内視鏡で取れる」といわれた時点で「＝治る」と思ってしまいがちだが、
内視鏡治療は、ガンを正確に見極めるというもうひとつの意味がある。

POINT → 内視鏡治療は100%診断を得るための治療

内視鏡で早期ガンを治療すると
同じ胃の粘膜に「ラバーセント」の
確率で新しいガンが顔を出しま
すが、毎年検査を受けていれば
内視鏡治療で治癒できます。

「はい」と「いいえ」のどちらかに
丸をつけたらいいかわからない場
合は、「私は、おなかを切らずに
治りますか？」と医師に相談する
ことをおすすめします。内視鏡治
療後に、「治癒切除」と判定され
た人でも、この治療は歴史が浅い
ため、最低5年間は経過観察（年
に一回の胃内視鏡検査）を受けず
に受けましょう。

胃ガンは、病気の進み具合によ
り治療法、ガンが治る率が大きく
異なります。治りやすい早期胃ガ
ンでも、適切な治療方針の決定、
詳細な病理報告が不可欠です。

治療後も経過観察を

内視鏡治療を受けるためのチェックポイント10

「はい」「いいえ」のどちらかに丸をつけます。10項目すべて
「はい」の方は、十中八九、内視鏡治療で切らずに治る早期胃
ガンと考えてよいでしょう。

治療前

- ① 「早期ガンである可能性が高い」といわれましたか？
はい いいえ → 42ページ
- ② リンパ節転移のない粘膜内のガンですか？
はい いいえ → 44ページ
- ③ あなたのガンは内視鏡で治せる大きさですか？
はい いいえ → 46ページ
- ④ ガンの特徴は「分化型」ですか？
はい いいえ → 48ページ
- ⑤ ガンの場所は内視鏡で取りやすい部位ですか？
はい いいえ → 50ページ
- ⑥ 内視鏡治療にともなうリスクを知っていますか？
はい いいえ → 52ページ
- ⑦ 内視鏡治療がベストの方法といわれましたか？
はい いいえ → 54ページ

治療後

- ① 病理組織検査の結果は「転移なし」ですか？
はい いいえ → 56ページ
- ② 最終的根治度の判定は「治癒切除」ですか？
はい いいえ → 58ページ
- ③ 追加手術の必要なし。経過観察となりましたか？
はい いいえ → 60ページ

治療後 チェック

3

追加手術の必要なし。経過観察となりましたか？
早期胃ガンを一括切除する内視鏡治療の必須条件は、治療前のチェック7項目が
すべて「はい」であること。治療後のチェック3項目も「はい」なら、ガンが治った人です。

「再発」と間違われやすい 「異時性多重ガン」

内視鏡で早期胃ガンを治療すると、何年かが経過したあと、胃の粘膜には二次ガン、すなわち、新しい早期ガンがまた顔を出すことがあります。この異時性胃ガンの再発ではなく、いわゆる「異時性多重ガン」と呼ばれるものです。この異時性多重ガンは、初回治療後に「5%」の確率で生じ、40～50代の胃ガン体験者にはほとんど見られないのですが、60代から多く見られることが報告されています。

ケース 004

関西在住のCさん
(70代女性)

Cさんは2002年秋、67歳のとき、地元某病院で胃内視鏡検査を受け、胃ガンと診断されました。胃の真ん中にあたる「胃角部」で、大きさ約2cmの早期胃ガン。同年暮れに、新幹線で上京し、国立がんセンター中央病院でのESDが成功。その後も半年に一回、経過観察（胃内視鏡検査）を続けていたところ、5年後の07年12月頃、今度は胃の下部である「幽門前庭部」に、1cm弱の粘膜ガンが発見されたのです。典型的な異時性多重ガンでした。

2回目のESDを受けたのは08年の春先のことでした。ご家族に見送られ、治療当日は病院13階の病室からエレベーターを利用し、歩いて3階内視鏡室へ。45分後には治療が成功し、移動用ベッドで病室へ戻ったCさんは、その6日後に退院となりました。

毎年内視鏡検査を受けていれば、ガンが何度顔を出しても早期発見、たまたまに内視鏡切除で治療できますので、このCさんが胃ガンで命を落とすようなことはないでしょう。

聞けば、Cさんご主人は14年前、60過ぎに胃ガンで胃を全摘出されたとか。その後に胃ガンを2度経験した奥さんのほうは2度とも、おなかを切らずに治っています。

PART 4

知っておきたい
内視鏡治療の実際
～診断から退院まで～

診断から入院治療、そして退院までの流れを知ることは、ご本人だけでなくご家族の方も
お医者さんとの賢い付き合い方を知るヒントになるでしょう。
また入院治療では、個々の患者さんにとって最適な治療をするために
治療計画も提示されます。内視鏡専門チームが看護師を含む
チーム診療を行い、治療方針を総合的に検討します。
ここでは実際の流れをくわしく紹介します。

診断から退院までの流れを知る

お医者さんとの賢い付き合い方を知るヒントとして、早期胃がんの診断から入院治療、退院までの流れをわかりやすく紹介します。

受付



- ①診療情報提供書持参 (紹介状→66ページ)
- ②胃内視鏡検査の予約をする
- ③入院仮予約を済ませる

ガン専門医
を外来受診

1週間
受診



最初の医師に
ガン専門病院
を紹介される

早期胃がんの
疑い・胃生検

- 職場健診
- ガン検診
- 人間ドック

2~3週間
発見

START

外来
予約

- ◎初回外来は、担当医の外来時間なら午前中に限らず、いつでもOK
- ◎できれば内視鏡治療が上手な医師の外来を受診する

胃がん治療の
流れを知って不安解消

胃がんとは診断されたとき、これから一体どうなるのか、もう長くは生きられないかもしれないと誰もが心の中で思うものです。ESDという方法を説明されても、切らずに治せるガン治療って何？切らずに治るって本当？というのが、患者さんの本音です。

熟練した内視鏡医師であれば、早期の小さなガンを見落とさなく診断することは比較的容易です。ガンに何度かかっても、早期胃ガンならESDで何度でも治ります。

ガン専門病院の場合には、胃ガ

- *ガンの鑑別、進行度診断
- *生化学検査や腹部CT撮影などガン治療のための検査を一緒に行う

より正確な
術前診断
再外来

治療のための
胃内視鏡検査

再検査

治療法
治療日
が決定

ESD治療

入院

治療前日

入院
8~10日

退院

1~2週間

病理検査
結果判明

外来で
説明を聞く

9割

Ⅱ
治癒切除

退院1週間後

社会
復帰

1割

Ⅱ
非治癒切除

1ヵ月待ち

追加
手術

3週間後

社会
復帰

ン専門の外科医、内視鏡医、抗ガン剤治療を行う内科医が常に外来におり、医師同士が容易に外来で相談できる体制になっています。また、すべての患者さんのガンの進み具合の診断、治療方法は、放射線診断部、内視鏡部など各専門家が出席する毎週開かれる治療検討会議（カンファレンス）で、決定されています。



国立国際医療研究センターの場合

初診外来の受け方

- ①記入台にある「外来診療録」を作成
→氏名・生年月日・現住所・電話番号を記入
- ②「外来診療録」と「健康保険証」「紹介状」を初診受付に提出
→診察券の発行
- ③受診する科の問診票を受け取り記入
→カルテと診察券を受診する科の受付窓口へ

MEMO

入院が決まったら～よくある質問

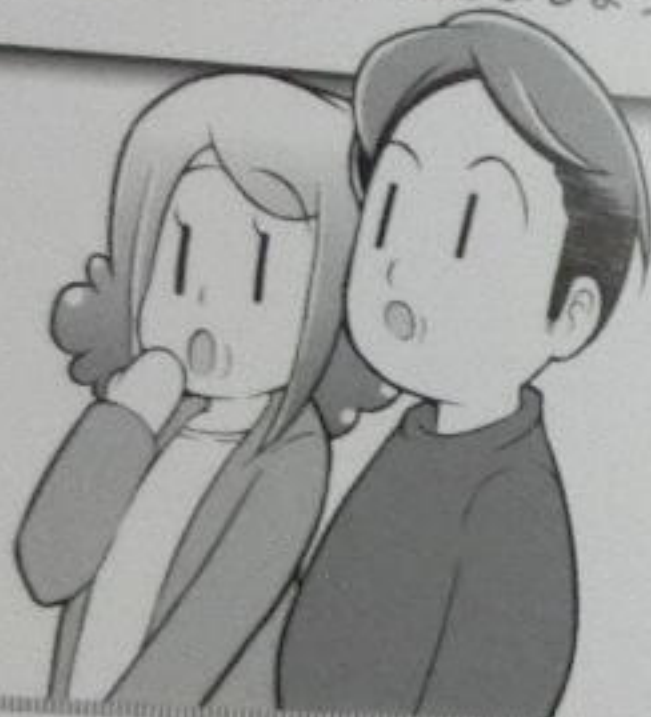
- Q：入院時に必要な物は？
A：健康保険証・各種受給者証（公費医療受給者証・医療券等）・診察券・印鑑を持参しましょう。
- Q：入院前に入院費の概算等がわかる？
A：医事室の入院担当者が気軽に相談に応じます。
- Q：診断書（入院証明書）をもらう方法は？
A：診察の際に相談窓口にお問い合わせましょう。



セカンドオピニオン 外来の受け方

- ①胃内視鏡写真
→患者が主治医に依頼
- ②診療情報提供書（紹介状）
→主治医が作る
- ③検査データを持参
→①と②を持参する

*セカンドオピニオンとは「第2の意見」のことです。
*料金（自己負担）は、病院ごとに異なります。事前に確認しておきましょう。

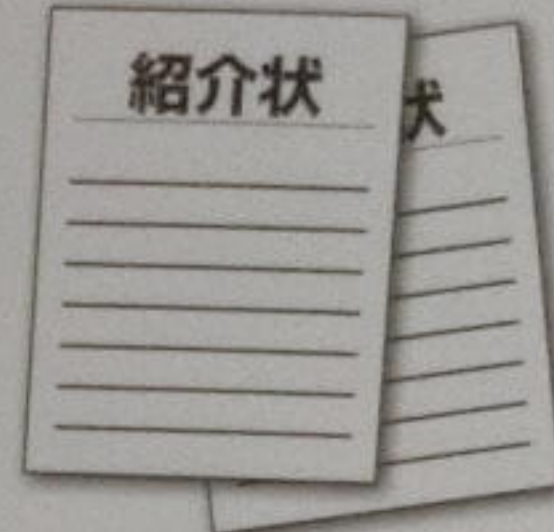


胃ガン大国日本は、胃ガンの診断や治療で世界をリードしています。とくに地域基幹病院は、「紹介医によるFAX」を用いた初診予約やセカンドオピニオン外来にも積極的に取り組んでいます。

胃ガンの場合には、消化器を中心として、各科の診療スタッフが連携し、できるだけ協力し合うことが

「紹介状」は遠慮なく相談する

紹介状



とにより、紹介医からの患者さんは、誰彼の区別なく、すべて受け入れるシステムです。

診察当日、患者さんを待たせず、スムーズに診療するため、「診療情報提供書」（紹介状）が、病院の常識となつていきます。専門病院への受診を希望する人は、遠慮なく担当医や看護師に相談しましょう。



なお予約方法は病院によって異なります。初診予約受付係に事前に確認しましょう。

MEMO

紹介状をもらうコツ

紹介状の正式名称は、「診療情報提供書」といいます。

診療情報提供書は、患者の病状について、担当医が病名・治療経過・検査内容などを記した公式文書。患者側からの申し入れがあった場合、この診療情報提供書を書くことは医師の義務とされています。文書作成料は、5000円。健康保険が利用できるため、患者自己負担3割の場合には1500円、1割の場合には500円となります。これを病院窓口で支払います。

外来予約

専門病院を受診するには

ガン治療の専門病院ではガンを見つけるための検査とガンを治療するための検査を一緒に行います。

入院診療計画書で治療内容を理解する

各科の診療スタッフが連携し、検査所見をはじめ、すべてのデータを参考に全身状態を把握し、適切な治療方針を決定します。

No. 00000000

平成XX年XX月XX日

Hさん(76歳男性)の場合

中華民國XX年XX月XX日

		平成XX年XX月XX日	
病棟 入院中に過ごす 病棟・病室 病名 ガンのできた 箇所の部位	①	病棟	号室
	②	担当医以外の担当者	病棟受け持ち医、看護師の名前が書いてある
	③	病名	胃体部ガン
	治療計画	X月XX日：ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）。治療にともない軽度の発熱・上腹部痛を認めることがありますが、2～3日で軽快します。約5%に治療後潰瘍からの出血に対して緊急内視鏡による止血処置が必要になる事がありますが、通常内視鏡的なクリップ閉鎖にてコントロール可能です。上記の出血や穿孔が起こった場合や、痛みや微熱が続く場合は食事の再開が遅れることもあります。	
	入院時点で推定される入院期間	平成XX年XX月XX日 ～ 平成XX年XX月XX日	

担当医師名

說明者氏名

病状や治療方針を
正しく理解する

病氣の状態、患者さんの全身状態などから、総合的に判断して、医師は入院診療計画書を作成します。この計画書は、患者さん本人が、自分の受ける治療を正しく知ること、不安が消え、治療に前向きに取り組むためのものです。家族の方も、病状や治療方針について理解できるの、で、患者さんを支えるのに役立ちます。入院治療計画書の内容について、十分な説明を受け、入院中の過ごし方をチェックしておきましょう。

- ◎点滴・注射、内服薬などの薬の投与や飲み方の指示
- ◎入院中に受ける各種検査はいつか
- ◎食事や活動（歩行）の制限、入院中の過ごし方



胃の内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を受けられる患者さんへ

	入院日	治療日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診療 科別							
内服薬							
検査							
食事							
活動							
観察							
点滴							
その他							

クリティカルパス
はなぜ必要か

右記の入院診療計画書とともに患者さん本人に手渡されます。これらの説明文書は、患者用クリティカルパスとも呼ばれます。

退院までの詳細がわかる
クリティカルパス

さらに、あなたの入院1日目から治療当日、退院日までの入院計画が立てられます。入院生活の流れや偶発症の発生、全身状態などを、チーム医療で観察するもので、患者用に作成されたA4判用紙1枚分。

療チームのスタッフが、入院患者さんに関する情報を共有したうえ、標準的な治療を安全確実に行うことを第一の目的としています。

治療後の食事や活動（制限）についても、具体的な目標や経過が示されているので、患者さん自身も治療に参加する意識が高まり、退院後の暮らし方をイメージしやすくなります。

クリティカルパスの作

成は、担当医師の個人的な“好み”や独善的な判断にとらわれずに、看護師やリハビリ担当などの専門職から構成される医

MEMO

患者さんへのメリット

入院診療計画書のほかには、入院中に看護を担当する看護師が作成する看護計画書もあります。ガン治療に関連した看護以外にも、高齢者の患者さんの場合には「転倒、ベッドからの転落防止」などの看護目標を設定し、看護に反映させます。これらの計画書を事前に受け取ることは患者さんにもメリットになります。患者さんの不安や疑問の軽減に役立ち、安心感が得られ、医師や看護師とのコミュニケーションが増え、信頼関係づくりに役立つインフォームドコンセント（説明と同意）にも有効。入院から退院までの詳細が示されているため、患者さん自身の治療に参加するという前向きな気持ちにつながります。

治療前日

治療・入院生活についての説明を受ける

入院は、原則として治療前日。担当医と看護師から入院の説明を受けて、体重・身長測定などを病棟で済ませ、翌日の治療に備えます。

ESD治療の説明確認書(例)

内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) 説明確認書

- 1 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)とは
- 1) 概要
 - 2) 必要性
 - 3) 方法
 - 4) 合併症、不具合(有害事象)
- 2 ESDの利益と不利益
- 3 その他の治療法(代替療法)
- 補足事項

1. 幽門前庭部の約2cmの陥凹型の胃ガンに対する内視鏡的切除術で、治療時間は約1時間で、静脈麻酔にて施行する。
2. 切除後の剥離面(潰瘍)は抗潰瘍剤の内服による自然治癒(約1ヵ月)を待つが、切除後の2~3日は腹痛や微熱をともなうことも多い。また、初めの2週間は出血(吐血)の可能性が5%あるが、内視鏡的に止血する。
3. 切除後の病変は病理にて詳細に検査する。病理検査結果に切除後の病変が粘膜下層に浸潤していたり、リンパ管や静脈に浸潤していることが判明した場合は、リンパ節転移のリスクが高い(5~20%)早期胃ガンと考え、外科切除による根治治療が必要になる。

患者側の署名

担当医の署名



「当日入院は午前11時までに入院手続きを済ませる」

入院期間は、治療後の経過や病院によって異なります。通常、「7泊8日」(治療前日・当日・術後5日)、早ければ4泊5日(当日入院・術後4日)。

ただ仕事の都合などで、治療当日に入院の場合は、午前1時まで入院手続きを済ませて、同じ日の午後1時からの治療開始までに入院の説明、体重・身長測定という慌ただしい流れとなります。できれば、前日入院して、翌日午後に治療を受けるようにしましょう。

毎日飲んでいる薬はありますか？

内視鏡治療を受ける際には、量を減らす、服薬をいったん中止するなどの薬の飲み方の調節が必要となります。血液が固まりにくくなる抗凝固薬(ワルファリンなど)や抗血小板薬(バイアスピリンなど)を服用している人は要注意！高血圧や糖尿病など、毎日内服が望ましい薬剤以外の服用は治療当日朝から中止します。主治医によって決められた用量と、指示された注意を必ず守ってください。



MEMO

こんなことに注意！

◎点滴・注射

糖尿病などでインスリンなどの自己注射をしている人は入院当日に知らせる

◎食事

夕食は夜8時までに済ませる。以降、固形物は禁止。水、お茶は飲んでもよい

◎内服薬

毎日飲んでいる薬があれば、病棟看護師に見せる

◎入浴

治療前日はOK

◎タバコ

タバコは、回復の遅れ・出血の原因となるため、入院中は禁止



ESD 治療当日のタイムテーブル (午後1番の場合)

治療当日

前処置が済むといよいよ治療開始

いよいよ治療当日です。治療日の過ごし方や注意しなければいけないことなど、治療当日をタイムテーブルで説明します。

起床

7:00

薬剤
看護師からいわれた薬を飲みます
食事
食事は禁止ですが、午前中は水を飲んでも構いません

準備

9:00

点滴
点滴をしたままでも、病室や病棟内の歩行は可

移動

12:30

呼び出しがあったら、メガネ・入れ歯・指輪などははずし、自分のカルテを持って内視鏡治療室まで歩いて向かう

待機

13:00

治療開始の10分前から待機
治療室前にある椅子に座って待ちます
直前には、食道や胃の泡を消す薬剤を飲みます

病室から歩いて内視鏡治療室へ

治療時間は
30分〜2時間程度

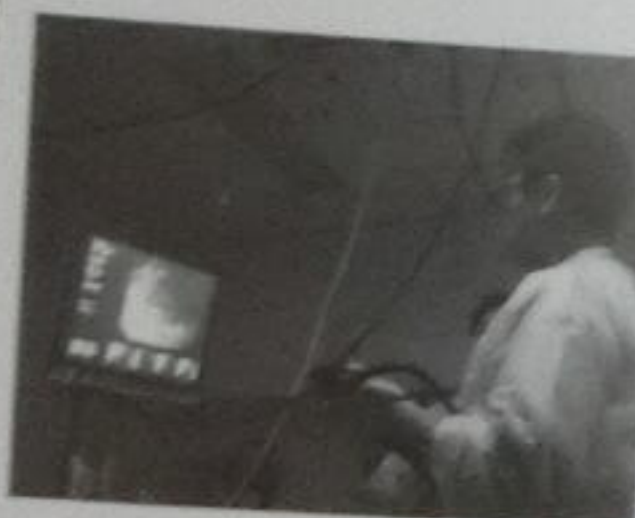
ガンの治療といっても、治療当日の患者さんはバジヤマ姿。病室から歩いて内視鏡治療室へ入室します。通常の胃カメラ検査と同じように処置台(治療ベッド)の上にあお向けに寝ると、医師が喉の麻酔をします。治療を始める前に点滴を開始し、苦痛を減らすための痛み止めと緊張をやわらげる鎮静剤を注射します。

内視鏡治療ESDの流れは内視鏡にある細い孔(鉗子口)を通して胃の中に電気メス(ITTナイフ)を挿入し、胃ガンの周囲にマーク(目印)をつけます。

治療

~ 15:00

治療開始
モニター画像を見やすくするため、室内の蛍光灯を薄暗くします



治療完了〜病室へ
治療後は、病棟の担当看護師が移動式のベッドで迎えに来て、病室へ戻ります

次に、目印の外側を切開して胃ガンをひとかたまりで剥ぎ取ります。切り取った胃ガンは最終的な病理検査診断による評価を行うため、口から回収します。
胃ガンの大きさや部位、患者さんの状態にもよりますが、ESDの施行時間は、平均して30分から2時間程度。治療後に移動式ベッドで病室へ戻り、潰瘍治療薬や出血予防の薬を飲みます。

覚醒後

16:00

覚醒
麻酔の作用が完全に消えるまで、ベッドで体を休めます。トイレへは歩いて行けます
薬剤
治療後、潰瘍治療薬や出血予防の薬を飲みます

就寝

21:00

安心して、ゆっくりお休みください

MEMO

治療後の「？」

- ①食事は…夜の食事はできません。薬を飲むときの少量の水、白湯はOK。
- ②最初の排便は…最初の排便は、流す前にトイレのプザーで看護師を呼び、見せましょう。内視鏡治療にともなう偶発症として、胃の粘膜から出血して赤い血便や黒っぽい便が出ることもあるからです。出血は治療24時間以内が要注意!
- ③入浴は…治療当日は、入浴・シャワーはできません。

退院まで

治療後、翌日から自分の足で歩ける

治療後は、ガンを内視鏡メスで取り除いた胃壁に「人工的な胃潰瘍」が生じます。胃の傷痕からの出血などのために数日間の入院が必要です。

治療後 1日目

薬
潰瘍治療薬、出血予防薬を忘れずに飲む

食事
医師の許可があれば水を飲んでもOK

採血検査
貧血の有無を調べます

治療後
1日目から
退院まで

検査
偶発症（※52ページ）が疑われた場合、採血や胃カメラを行うことがあります

治療後1日目から退院まで
用便時、便を見せる

ESDの場合、治療後の患者さんには100人中4人の割合で、口からの吐血、黒っぽい便の下血がみられることがあります。ガンを一括剥離で取り除いた胃の粘膜部分からの出血です。多い場合は400～500ml（牛乳瓶2～3本分）の出血量にもなります。

そこで、「黒いお通じが出たら、教えてください」と病棟の看護師からいわれたら、患者さんも便の色を自分で観察しましょう。出血があった場合はすぐ胃カメラを行います。

デック上、治療後出血は「24時

歩行…院内歩行OK

シャワー
看護士に相談してから、可

点滴
食事を開始して、問題がなければ点滴終了、点滴の針を抜く

薬
潰瘍治療薬、出血予防薬を飲む

治療後 2日目

栄養指導
入院患者全員が対象。退院後の食生活アドバイス

食事
潰瘍食（五分粥）開始

治療後 3日目

受付

入院証明書

会社や保険会社へ出す入院証明書など、文書の申し込みは、担当部署に相談する

治療結果の説明は？

一括切除したガン標本の病理組織検査の結果については、退院後に外来で、医師から説明があります

入浴…OK

食事…全粥

食事

常食（普通食）OK。病状にもよりますが、通常、治療後3～4日目から常食

治療後 5日目

退院へ

意外に知られていない 「差額ベッド代」のルール

差額ベッド代は、①患者費が差額ベッド利用を希望、②署名した同意書がある、③とるがない場合、たとえば、病院側の都合などで個室を利用したときは、差額料金を払わなくて済むこともあります。病院窓口の支払い時には、その点を確認しておきましょう。

高額療養費制度とは？

1ヵ月間にかかった医療費が一定の額を超えると、超えた金額が払い戻されます。これが、高額療養費制度のしくみです。

早期胃癌の内視鏡治療ESDでいえば、医療費50万円のうち、入院食事代などを含めて患者自己負担3割で15万円程度。高額で1割負担の場合は、およそ5万円。ここからそれぞれ自己負担限度額を超えた分が払い戻されます。

内視鏡検査の費用は…

胃内視鏡検査の場合、患者自己負担3割で56000～70000円、1割なら20000円程度です。

胃ガンの治療費

腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術① 胃の部分切除

入院23日間 **160万円**

腹腔鏡下手術② 胃全摘出

入院28日間 **210万円**

開腹手術

開腹手術① 胃の部分切除

入院28日間 **170万円**

開腹手術② 胃全摘出

入院38日間 **240万円**

流となりつつある、体にやさしい腹腔鏡下胃ガン手術（胃の部分切除）が総額160万円、開腹手術（同）なら170万円かかります。さらに、胃の全摘出が必要な手術の場合には、腹腔鏡下210万円、開腹240万円。内視鏡治療と比べて、3倍から5倍近くかかってしまいます。

これらの治療費比較から、ESDやEMRなど、早期胃ガンに対する内視鏡治療が広く一般化すれば、日本のガン医療費もプラス効果が生じて、1年間にざっと200億円の節約が見込まれると試算されています。

と入院日数

内視鏡治療

ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）

入院8日間 **50万円**

EMR（内視鏡的粘膜切除術）

入院7日間 **30万円**

*金額は、2010年の一般病院の症例をもとにした「治療費用+入院費用」の目安です。診療報酬は2年に1回改訂が行われます。一般病院と比較して、2010年以降に、特定機能病院（全国83＝大学病院、国立がん研究センター中央病院など）は、入院費用が割高（1日当たり約3000円）となっています。なお医療費総額とは別に、高額療養費制度のしくみを誰もが利用できるため、どの治療法であっても、患者は実質負担では8万円強（高額所得者15万円）程度で済みます。



胃ガン治療、 いくらかかるか

ある日突然、ガンを告げられた。医療費はいくらかかるのか。早期胃ガンに対する内視鏡治療ESDは、2006年4月、厚生労働省が正式に保険認可したのを契機として、全国どこでも、誰もが保険でかけられる胃ガン治療になりました。

医療費の主な内訳は、全国一律の公定価格で計算すると、ESDの約14万円、このほかに、薬剤費などの関連費用、入院代、食事代などが加算され、入院8日間だと費用総額平均50万円。

対して、早期胃ガン治療では主

費用

ESDの医療費は実際にいくらかかるのか

治療法の選択はガイドラインにそってなされます。切らずに治す内視鏡治療ESDの医療費を他の治療法と比較してみましょう。

PART 5

退院後の生活で 注意したいこと

減少してきているとはいえ、日本人にはまだまだ多い胃がん。増加傾向にある大腸がん、アルコールや喫煙が大きく関与している食道がんなどと同様、胃がんも早期に発見して治療することによって治癒が期待できる病気です。ただし、がんが一度治ったからといって油断は禁物。退院後は、毎日を元気に過ごしなが、食生活やライフスタイルを見直して、健康的な暮らし方を心がけましょう。

COLUMN 4

+++ 賢く定期健診を +++

無痛胃カメラって何？

胃カメラが苦しいのは、喉の部分麻酔だけで、太さ9mmのビデオスコープを喉元から胃の中へ入れるためです。もっと楽な胃カメラの受け方はないのでしょうか？

胃カメラの検査中に、患者が嘔吐反射で「オエー」となったり、苦しがって体を動かしたりすると、医師の側も病気を探しにくくなります。そこで、胃の病気を見落とさないことを第一の目的としてすすめられるのが、無痛胃カメラです。

無痛胃カメラの流れは、一般的な方法と同じです。カメラが喉を通過する痛みをやわらげる方法、すなわち、ぼんやりと眠気を起こしてリラックスさせる薬（麻酔鎮静薬のブスコパン[®]、ドルミカム[®]など）を静脈注射する点が違います。

無痛胃カメラは、胃内視鏡検査を受ける一つの知恵といえます。

なお、検査中に、胃の粘膜表面上などに“あやしい病変”が見つかった場合には、問題のある病変組織を採取して、がんの有無を顕微鏡で調べる「胃生検」（約1万1000円・保険適用）という精密検査が加わります。

ケース
005

61歳男性N氏は3年前に「萎縮性胃炎」と診断されたため、年に一回、無痛胃カメラを受けています。無痛胃カメラの費用明細は以下の通り。

（検査料内訳）	胃・十二指腸内視鏡	1万2000円
	薬剤費など	3920円
	血液検査など	4140円
	合計	2万60円



初・再診料の2700円を加えると、検査費用は2万2760円。患者自己負担3割で窓口支払いが6830円（患者負担1割の場合は、2280円）。

このような症状が出たら、すぐ病院へ



①吐き気・めまい



②腹痛・発熱・寒気



③吐血・下血
(血便・黒色便)

緊急時に備え、連絡先メモを作りましょう

退院時には、あなたの入院先の緊急連絡先をメモしておきましょう



「治療切除」の最終判定は…

退院1～2週間後に外来診察で、主治医から最終的な病理検査結果の説明があります。「治療切除」(→58ページ)ならOK。あなたの早期胃がんは切らずに治ったということです。

MEMO

早期胃がんの治療率は良好だが、経過観察は重要

以下は、早期胃がん、内視鏡治療を受けた人の年代別・治療成績です(国立がんセンター中央病院:1999年1月～2005年12月)。胃がん死は2102人中16人のみ。治療切除・非治療切除に関係なく、早期胃がんの治療率(5年生存率)はきわめて良好です。

若年層(65歳未満)			前期高齢者(65～74歳)			後期高齢者(75歳以上)		
治療切除	5年生存率	胃がん死	治療切除	5年生存率	胃がん死	治療切除	5年生存率	胃がん死
非治療切除(手術)	97%	1人	治療切除	95%	0人	治療切除	85%	1人
非治療切除(経過観察)	95%	2人	非治療切除(手術)	94%	2人	非治療切除(手術)	92%	0人
	84%	4人	非治療切除(経過観察)	85%	2人	非治療切除(経過観察)	63%	4人

治療後2ヵ月間は無理のない生活を

治療後の暮らし方3つのポイント

NG!!!

1 タバコ

タバコは胃・十二指腸潰瘍の大敵。煙が潤けて粘膜を荒らすほか、血流を悪くして、潰瘍が治りにくなる

2 運動

重いものを持ちたり、激しい運動(ジョギングや水泳など)はしない

3 出張

退院後1週間は、旅行や出張などの遠出を控える



退院2ヵ月間が要注意!



胃の粘膜をひとかたまりで切り取るESDでは、治療後に「人工的な胃潰瘍」が生じてしまい、治癒までに1～2ヵ月かかります。ですから、退院後も、潰瘍が治癒するまでの2ヵ月間は、消化のよい食事を中心にして、無理のない生活を心がけてください。

一度がんができた胃は新しいがんがでやすい

早期発見・早期治療の流れが加速し、早期胃がんの多くが内視鏡で治るようになってきました。手術を受けた人と比べて、おなかを切らずに治った場合は、胃がんという病気を安易に考え、治療後の経過観察を怠りがちです。しかし、一度がんのできた胃には、新しいがんが見つかる「多重がん」のリスクが高まります。経過観察を怠っていると、気がついたときにはかなり進行して、手術で胃を切り取らなければならぬケースもあります。早期胃がんを体験した人は最低でも年一回

の内視鏡検査を受けましょう。

退院後

経過観察。次回はいつごろ受診すればいい?

早期胃がんの治療後に、退院後の状態を主治医が把握して、定期検査や適切な助言を行う経過観察は大切な意味をもちます。5年間は忘れずに。

●噛むことの大切さを、知っていますか？

ひと口食べて何回噛みますか？

一般に、食事の咀嚼回数は平均日～10回で飲み込んでいる人が多いといわれます。よく噛む人（咀嚼回数11回以上）と比べて、よく噛まない人（同7回以下）は健康や診療状態にも悪い影響があらわれやすいようです。

	よく噛む人 😊	よく噛まない人 ☹️		よく噛む人 😊	よく噛まない人 ☹️
味覚	うす味が好き♥	濃い味が好き	食後	食事の後は体調がよくなる	食事のあと眠くなる
好き嫌い	—	食べ物の好き嫌いが多い	食卓	夕食は家族そろって食べる	家族ばらばらで食べる
食事時間	20分位かけている	10分以内で食べている	健康	健康である	疲れやすい、肩が凝る
栄養	バランスを考えている	食べたい物を好きだけ食べる	排便	規則正しい	便秘がちである
間食	ほとんど間食はしない	よく間食をする	肥満	—	太りすぎである
食事量	腹八分にどめている	満腹するまで食べている	心理状態	精神的に安定している	憂鬱である

（「やさしい説明、上手な治療（2）歯内療法」（飯島国好ほか共著・永来堂）

脂肪分の多いものは？

脂肪分の多い食品も胃に負担をかけます。油脂は、マヨネーズのような消化のよい乳化脂肪を少量使用します。



繊維質の食品のとり方は？

繊維の多い食品は、胃に負担をかけます。野菜や繊維などは短く切ったり、軟らかく煮込むなどの工夫をします。

6 食事内容は段階的なとり方を

胃ガンを経験しても、胃袋はそのまま残っています。ほとんどの食品が食べられますが、体の状態を考え、食事内容は段階的に進めましょう。



煎茶・コーヒー・紅茶は？
薄めにして飲みます。

食生活 ①

2週間はアルコールや刺激物を控えること

退院後の2週間はアルコールを控え、味の濃いもの（塩味や甘味）、酸味の強いもの、刺激の強いものは、胃酸の分泌を促進するので食べ過ぎない。

消化がよく栄養価の高い食品をよく噛んで腹八分

胃の病気には「お粥が一番」と考えがちですが、胃を切らずに治せる内視鏡治療後には、食事の種類制限はなく、普通の食事でもかまいません。ただし、当分の間は、消化がよく、高栄養の食事をバランスよく、腹八分です。



退院後の食事の基本6カ条

（国立がん研究センター中央病院栄養管理室：患者用資料より）

1 アルコール

早期胃ガんでESDの治療を受けた後は、退院後2週間は禁酒。その後も胃の粘膜に生じた潰瘍が治癒する2ヵ月間くらいはアルコールを控えるのがベスト。



2 刺激の少ない食事

味付けに厳しい制限はありませんが、刺激の少ない食事を心がけましょう。



3 一度にたくさん食べない

朝・昼・夜の3食を基本とし、腹八分。午前10時と午後3時に「牛乳とビスケット」のような形で、軽く補う工夫をしましょう。



5 食生活は規則正しく

時間を守って食べることで、便秘も安定します。不規則な食事や生活は潰瘍発生の原因になります。

4 よく噛んで、ゆっくり食べる

よく噛むことで、唾液と食べ物がよく混ぜられ、胃腸の負担が軽くなります。

おすすめの食べ物

OK!!

気をつける食べ物

NG!!

OK!! おすすめの食べ物	NG!! 気をつける食べ物
卵・軟らかい蕎麦 うどん・パン マカロニ	中華そば・焼きそば・ そば・インスタント ラーメン
じゃがいも・里芋・長芋	こんにゃく
鯖・平目・カレイ・アジ 鮭・タラ・カキ はんぺん	貝類・いか・たこ・干物・ すじこ・たらこ・ かまぼこ
皮なし鶏肉・ささみ 牛肉(赤身)・レバー 豚肉(赤身)	ベーコン・ハム
半熟卵・茶碗蒸し うずら卵	なし
豆腐・納豆・海藻 きな粉・生揚げ 軟らかい煮豆	大豆製品 枝豆・炒り豆・硬い煮豆
牛乳・ヨーグルト チーズ	乳製品 なし
バター・植物油	油脂類 ラード・ヘッド

OK!! おすすめの食べ物	NG!! 気をつける食べ物
ほうれん草・白菜・かぶ ニンジン・レタス キャベツ・大根・なす カボチャ・小松菜 梅干し	なす・せり・ぜんまい きのこ・レンコン・ ごぼう・たけのこ・もも セロリ・とうもろこし 生野菜・たくあん・ つぼみ
なし	わかめ・ひじき・ 明太子
バナナ・りんご・桃 缶詰	みかん類・パイナップル・ ドライフルーツ
ビスケット・ゼリー カステラ・餅・ボーロ ウエハース	菓子類 ピーナッツ・アーモンド
なし	辛子・カレー粉・ にんにく・わさびなどの 香辛料・シロツガ
番茶・麦茶・乳酸飲料 ジュース	嗜好品 炭酸飲料・アルコール・ 濃いコーヒー・濃い茶
煮る・蒸す・焼く 細かく刻む	調理法 揚げる・炒める

胃にやさしい食事を心がける

一日にとりたい量は、性別、年齢、運動(生活活動量)により異なりますが、様子を見ながら、ふだんの食生活に戻していくのがベストです。「一日にとりたいエネルギー量」(右表)を参考にしてください。

食事は、消化のよいものをよく噛んで食べるのがコツです。卵なら半熟までの軟らかい状態が消化がよく、牛乳は胃酸を中和して、胃の粘膜を守る働きもあります。肉類なら鶏肉皮なし、ささみのほか、脂肪分の少ない牛肉赤身や豚肉赤身のひき肉が消化によくおすすめです。

野菜類は、繊維を切るように下処理するか、軟らかく煮たものがよいでしょう。

お酒好きの人は、飲む前に何か食べておく習慣を心がけましょう。

●1日にとりたいエネルギー量

年齢	生活活動強度(低)		生活活動強度(やや低)	
	男	女	男	女
18~29	2100	1550	2300	1800
30~49	1950	1500	2250	1750
50~69	1750	1450	2000	1650
70歳以上	1600	1300	1850	1500

(単位:キロカロリー)



●消化しやすい料理

(国立がん研究センター中央病院栄養管理室 提供資料より)

食品	調理ポイント	料理名
卵類	半熟または軟らかい状態	半熟卵・炒り卵・茶碗蒸し・スクランブルエッグ・温泉卵・卵豆腐・卵とじ・かき玉汁・オムレツ・プリン
肉類	鶏肉皮なし・ささみ・牛肉赤身のひき肉(脂肪分の少ないもの)	グラタン・シチュー・つくね煮・煮し鶏・肉団子スープ煮・肉団子煮・そぼろ煮・ロールキャベツ
牛乳・乳製品	温める	クリーム煮・シチュー・ホワイトソース煮・パエリア・牛乳ゼリー
豆腐類	そのまま・くずす・絞る	湯豆腐・冷や奴・炒り豆腐・豆腐あんかけ・味噌煮・白和え・納豆・生揚げの煮・煮かき割り納豆
いも類	一口大・マッシュ	かめ煮・そぼろ煮・クリーム煮・マッシュポテト・里芋かめ煮・ポテトグラタン・とろろ芋・味噌煮・味噌あんかけ
野菜類	繊維を切るように下処理する	スープ・クリーム煮・軟らか煮・あんかけ・煮浸し・味噌汁・味噌煮・おろし煮・温野菜・野菜ジュース・トマトジュース
果実類	缶詰類・煮る・絞る	缶詰(パイナップル・みかんは除く)・おろしりんご・コンポート・バナナ・フルーツゼリー・ジュース
穀物	軟らかく煮る	全粥・おじや・煮込みうどん・煮そうめん・ソフトパン

食生活②

おすすめの食べ物・気をつける食べ物

消化のよい高栄養の食品をとることを心がけましょう。胃ガンを一度経験した人の「食事学」です。

内視鏡治療が上手な 全国厳選医師リスト

特別付録

——これから早期胃ガンの内視鏡治療を受ける方へ——

おなかを切らずに治してほしい、内視鏡治療のセカンドオピニオンを受けたいのですが、どこを病院を受診すればよいかわからなくて困っています……。そんな声がよく聞かれます。

病気になれば誰でも、よいお医者さんにかかり、きちんと治してもらいたいと思うもの。ただ、簡単に診てもらえないのではない、特別のコネがあるのではない、敷居が高いのではないかと心配する声も多いようです。

でも本当は、治療上手といわれるお医者さんこそ、門戸を広く開け、患者さんにやさしく、思いやりがあるということもおきましょう。

ここでは内視鏡治療の得意な病院と、技術と最新知識の双方で一定レベル以上の専門医リストを各地域別に紹介しています。病院選びのヒントにしてください。

*本書で紹介した病院および医師のデータは、2011年7月現在のものです。
医師の異動などで変更の可能性があります。事前に病院に確認されることをおすすめします。

COLUMN ⑤

胃腸の働きをよくする簡単体操

胃は「心を映す鏡」ともいわれます。胃腸の働きをよくする簡単体操をご存じですか。
朝食前と寝る前に、あなたも毎日トライしてみましょう。

★朝食前のストレッチ… 血行をよくし、胃腸の働きが活発になる



①あお向けに寝たまま
膝をかかえる



②足をまっすぐに上に
のぼす



③そのまま足の甲を
床にくっつける
ように倒す

*立ち上がって大きくのびをするだけでも効果的

★寝る前にリラックス体操… 心身の緊張をほぐして快眠・快便



①あお向けに寝て腰の下に枕を入
れて大きくのびをする



②枕をはずし静かにのびをする

(松尾裕監修「胃腸十話」より)

セカンドオピニオン外来を受診するまでの流れ

- ①主治医（最初にかかった病院）から検査結果の説明
- ↓
- ②主治医の診断（病名）
→早期胃ガンの可能性が高い
- ↓
- ③治療法に関する説明
→手術か内視鏡治療か
- ↓
- ④「ほかの病院でセカンドオピニオンを聞きたい」と申し出る
- ↓
- ⑤セカンドオピニオンのための胃ガン専門医がいる病院を探す
→90～95ページがヒントに！
- ↓
- ⑥その病院に連絡を取り、セカンドオピニオンの予約、料金を確認
- ↓
- ⑦セカンドオピニオン外来を受診

*主治医からの診療情報提供書を必ず持参。紹介状の宛先は、病院名だけでなく、できれば「○○病院○○先生」というように医師の個人名も書いてもらいましょう。そうすれば、あなたの希望する医師が診てくれます。

*無料のセカンドオピニオン専門外来を設けている病院と、外来での一般診療扱いの病院があります。

「医療相談室」を賢く利用しよう

どの科の、どの先生にかかればよいか。治療代や入院費用はいくらかかるか。勤務先や保険会社に提出する入院証明書などを入手するにはどうしたらよいか。「困ったな、どうしよう」といった場合に、利用すると便利なのが医療相談室（患者支援相談室）です。最近では日本中の病院に開設されていますので、何かで困ったとき、上手に利用しましょう。

別の医師の意見を聞くのに遠慮は無用

ガンと診断された瞬間から、不安との闘いが始まります。知らない、わからないが不安の最大の原因です。しかし、ガン治療を受けるのに「安心がほしい」「納得して治したい」と思うのは当然です。

そんなときに患者側から申し出れば、専門医への「診療情報提供書」を主治医が書いてくれます。前述したように診療情報提供書と

は「紹介状」のこと。病名や治療経過、検査内容などを、別の専門医がみてわかるように、検査を実施した担当医が記した公式文書です。

「第二の意見」といわれるセカンドオピニオンは、患者本人の検査データとともに、主治医からの紹介状をもとに診断内容や治療方針について、他の専門医の意見と判断も聞き、十分納得して治療を受けるガン医療の新しいルールです（↓66ページ）。

病院・専門医の賢い選び方

おなかを切らないからといっても、最新治療のESDは、熟練した技術をもった専門医に診てもらうのが理想です。そして納得して治療に臨みたいものです。

●内視鏡専門医を見分ける10項目

内視鏡専門医と呼ばれる医師が備えているべき主な条件をあげると、以下の10項目となります。

- 1.「医師の心構え」を学んでいること
また、以下の②～⑩の各項目を踏まえた十分なインフォームドコンセント（医師の説明と、患者レベルの納得と合意）ができること
- 2.「ガン」という病気の十分な知識を有する
- 3.胃という臓器について、医学と治療の両面で十分な専門知識を有する
- 4.内視鏡診断と内視鏡治療の適応条件をよく習得している
- 5.内視鏡の操作、使用する補助器具、高周波電源発生装置、薬剤など十分に習得している
- 6.内視鏡治療の技術そのものに熟練している
- 7.偶発症のリスクを熟知し、また止血・穿孔などの処置がスムーズに施行できる
- 8.内視鏡で切り取ったガン（切除標本）の扱いをマスターしている
- 9.術後管理、経過観察および追加治療についても適切な指示が出せる
- 10.胃ガンの専門病院として、内視鏡治療の熟練医師がいて、人手も十分にあり、安全確実な内視鏡の治療体制に必要なスタッフと最新設備が備わっている

（『食道・胃ESDの基本手技』小山恒男編集、メジカルビュー社より）

慶應義塾大学病院
 住所▶東京都新宿区
 交通アクセス▶JR信濃町駅より徒歩1分
 診療科▶消化器内科先端医療開発部門
 主な医師▶矢作直久教授
 セカンドオピニオン外来▶21000円(30分)~

国立がん研究センター中央病院
 住所▶東京都中央区
 交通アクセス▶地下鉄築地市場駅より徒歩3分
 診療科▶消化管内視鏡科
 主な医師▶小田一郎、鈴木晴久各医師
 セカンドオピニオン外来▶21000円(30分)~

がん研有明病院
 住所▶東京都江東区
 交通アクセス▶ゆりかもめ有明駅より徒歩2分
 診療科▶消化器センター内科
 主な医師▶山本頼正医長、平澤俊明医師
 セカンドオピニオン外来▶31500円(30分)

東京大学医学部附属病院
 住所▶東京都文京区
 交通アクセス▶東京メトロ本郷三丁目駅より徒歩10分
 診療科▶消化器内科光学医療診療部
 主な医師▶藤城光弘准教授、小田島慎也医師
 セカンドオピニオン外来▶21000円(30分)~

NTT東日本関東病院
 住所▶東京都品川区
 交通アクセス▶JR・池上線五反田駅より徒歩7分
 診療科▶消化器内科内視鏡センター
 主な医師▶大園研医長
 セカンドオピニオン外来▶31500円(1回)

虎の門病院
 住所▶東京都港区
 交通アクセス▶地下鉄虎ノ門駅より徒歩5分
 診療科▶消化器内科胃腸
 主な医師▶布袋屋修医長
 セカンドオピニオン外来▶21000円(30分)~

自治医科大学附属病院
 住所▶栃木県下野市
 交通アクセス▶JR自治医大駅より徒歩15分
 診療科▶消化器センター内科
 主な医師▶山本博徳教授、砂田圭二郎講師、吉澤充代医師
 セカンドオピニオン外来▶21000円(60分)

埼玉医科大学病院
 住所▶埼玉県入間郡
 交通アクセス▶バス停埼玉医大入口下車
 診療科▶総合診療内科
 主な医師▶今枝博之教授
 セカンドオピニオン外来▶10500円(30分)~

埼玉医科大学 国際医療センター
 住所▶埼玉県日高市
 交通アクセス▶バス停国際医療センター下車
 診療科▶消化器病センター消化器内科
 主な医師▶喜多宏人診療科長
 セカンドオピニオン外来▶10500円(30分)~

国立がん研究センター東病院
 住所▶千葉県柏市
 交通アクセス▶バス停国立がん研究センター下車
 診療科▶消化管腫瘍科上部消化管科内科
 主な医師▶土井俊彦副科長、矢野友規医長
 セカンドオピニオン外来▶10500円(1回)

東京医科大学病院
 住所▶東京都新宿区
 交通アクセス▶JR新宿駅西口より徒歩約10分
 診療科▶消化器内科
 主な医師▶川上浩平講師、福澤誠克医師
 セカンドオピニオン外来▶10500円(30分)~

国立国際医療研究センター
 住所▶東京都新宿区
 交通アクセス▶地下鉄若松河田駅より徒歩5分
 診療科▶内視鏡科・消化器科
 主な医師▶後藤田卓志医長、横井千寿、草野央各医師
 セカンドオピニオン外来▶10500円(30分)~

仙台厚生病院
 住所▶宮城県仙台市
 交通アクセス▶バス停厚生病院前下車
 診療科▶消化器センター消化器内科
 主な医師▶長南明道主任部長
 セカンドオピニオン外来▶21000円(30分)

仙台オープン病院
 住所▶宮城県仙台市
 交通アクセス▶バス停仙台オープン病院前下車
 診療科▶消化器内科
 主な医師▶平澤大副部長
 セカンドオピニオン外来▶5200円(60分)

秋田大学医学部附属病院
 住所▶秋田県秋田市
 交通アクセス▶バス停秋大病院前下車
 診療科▶消化器内科
 主な医師▶大西洋英科長、小泉重仁、小野地研吾各医師
 セカンドオピニオン外来▶10500円(30分)~

平鹿総合病院
 住所▶秋田県横手市
 交通アクセス▶JR横手駅下車
 診療科▶第一内科(消化器内科)
 主な医師▶堀川洋平科長
 セカンドオピニオン外来▶10500円(30分)

日本海総合病院
 住所▶山形県酒田市
 交通アクセス▶バス停日本海総合病院下車
 診療科▶内視鏡内科
 主な医師▶本間清明科長
 セカンドオピニオン外来▶21000円(60分)

坪井病院
 住所▶福島県郡山市
 交通アクセス▶バス停坪井病院前下車
 診療科▶消化器内科内視鏡センター
 主な医師▶小澤俊文部長
 セカンドオピニオン外来▶「がん相談外来」(一般外来扱い)

斗南病院
 住所▶札幌市
 交通アクセス▶JR札幌駅より徒歩10分
 診療科▶消化器内科
 主な医師▶近藤仁診療部長、住吉徹哉科長
 セカンドオピニオン外来▶7350円(30分)

手稲溪仁会病院
 住所▶札幌市
 交通アクセス▶JR手稲駅より徒歩2~3分
 診療科▶消化器内科
 主な医師▶三井慎也主任医長
 セカンドオピニオン外来▶10500円(30分)~

勤医協中央病院
 住所▶札幌市
 交通アクセス▶バス停伏古10条3丁目下車
 診療科▶外科
 主な医師▶石後岡正弘副科長
 セカンドオピニオン外来▶一般外来扱い(本人)

王子総合病院
 住所▶苫小牧市
 交通アクセス▶JR苫小牧駅より徒歩8分
 診療科▶消化器内科
 主な医師▶南伸弥医師
 セカンドオピニオン外来▶7350円(30分)

小樽協会病院
 住所▶小樽市
 交通アクセス▶JR南小樽駅より徒歩5分
 診療科▶消化器内科
 主な医師▶平山眞章副院長
 セカンドオピニオン外来▶一般外来扱い

岩手医科大学附属病院
 住所▶岩手県盛岡市
 交通アクセス▶バス停岩手医大前下車
 診療科▶消化器・肝臓内科
 主な医師▶遠藤昌樹講師
 セカンドオピニオン外来▶10500円(30分)~

京都大学医学部附属病院
住所・京都府京都市 ☎075-751-3111
交通アクセス・京阪電車神宮丸太町駅より徒歩5分
診療科・消化器内科
主な医師・武蔵孝准教授
セカンドオピニオン外来・31500円(1回)

京都府立医科大学附属病院
住所・京都府京都市 ☎075-251-5111
交通アクセス・バス停府立医大病院前下車
診療科・消化器内科
主な医師・八木信明准教授
セカンドオピニオン外来・10500円(30分)～

武田総合病院
住所・京都府京都市 ☎075-572-6331
交通アクセス・JR六地蔵駅より徒歩12分
診療科・消化器センター
主な医師・滝本見吾医長
セカンドオピニオン外来・一般外来扱い

大阪府立成人病センター
住所・大阪府大阪市 ☎06-6972-1181
交通アクセス・JR森ノ宮駅より徒歩3分
診療科・消化器内科
主な医師・上堂文也副部長、竹内洋司医長
セカンドオピニオン外来・21000円(45分)

大阪厚生年金病院
住所・大阪府大阪市 ☎06-6441-5451
交通アクセス・JR新福島駅より徒歩5分
診療科・内科内視鏡センター
主な医師・道田知樹センター長・部長
セカンドオピニオン外来・10500円(30分)

大阪市立大学医学部附属病院
住所・大阪府大阪市 ☎06-6645-2121
交通アクセス・地下鉄天王寺駅より徒歩7分
診療科・消化器内科
主な医師・町田浩久講師
セカンドオピニオン外来・31500円(60分)

名古屋第一赤十字病院
住所・愛知県名古屋市 ☎052-461-5111
交通アクセス・地下鉄中村区役所駅より徒歩1分
診療科・消化器内科
主な医師・香田純一郎長
セカンドオピニオン外来・5250円(30分)～

山下病院
住所・愛知県一宮市 ☎0566-45-4511
交通アクセス・JR尾張一宮駅より徒歩10分
診療科・消化器内科
主な医師・瀧智行副院長、富田誠部長
セカンドオピニオン外来・一般外来扱い

中野胃腸病院
住所・愛知県豊田市 ☎0565-57-1611
交通アクセス・名鉄知立駅より病院マイクロバスで10分
診療科・消化器内科
主な医師・深尾俊一院長
セカンドオピニオン外来・一般外来扱い

大垣市民病院
住所・岐阜県大垣市 ☎0584-81-3341
交通アクセス・バス停市民病院前下車
診療科・消化器内科
主な医師・久永康宏医長
セカンドオピニオン外来・10500円(30分)～

金沢医科大学病院
住所・石川県河北郡 ☎076-286-3511
交通アクセス・バス停医科大学病院前下車
診療科・一般・消化器外科
主な医師・木南伸一准教授
セカンドオピニオン外来・15750円(1回)

石川県立中央病院
住所・石川県金沢市 ☎076-237-8211
交通アクセス・バス停中央病院下車
診療科・消化器内科
主な医師・土山寿志科長
セカンドオピニオン外来・10500円(30分)

佐久総合病院
住所・長野県佐久市 ☎0267-82-3131
交通アクセス・JR田口駅より徒歩10分
診療科・胃腸科
主な医師・小山恒美部長、友利新海医長
セカンドオピニオン外来・10500円(30分)～

長野中央病院
住所・長野県長野市 ☎026-234-3211
交通アクセス・バス停市役所前より徒歩5分
診療科・消化器内科
主な医師・小島英吾部長
セカンドオピニオン外来・一般外来で対応(保険扱い)

新潟県立中央病院
住所・新潟県上越市 ☎025-522-7711
交通アクセス・バス停県立中央病院下車
診療科・消化器内科
主な医師・平野正明医長
セカンドオピニオン外来・10500円(30分)

新潟大学医学部総合病院
住所・新潟県新潟市 ☎025-223-6161
交通アクセス・バス停市役所前より徒歩3分
診療科・消化器内科
主な医師・小林正明、竹内学各医長
セカンドオピニオン外来・31500円(1回)

静岡県立静岡がんセンター
住所・静岡県駿東郡長泉町 ☎055-989-5222
交通アクセス・バス停がんセンター下車
診療科・内視鏡科
主な医師・小野裕之部長、滝沢耕平、角嶋直美副医長
セカンドオピニオン外来・一般外来扱い(要予約)

愛知県がんセンター中央病院
住所・愛知県名古屋市 ☎052-762-6111
交通アクセス・地下鉄自由ヶ丘より徒歩7分
診療科・内視鏡部
主な医師・丹羽康正部長、田近正洋、河合宏紀各医長
セカンドオピニオン外来・10500円(30分)～

三井記念病院
住所・東京都千代田区 ☎03-3862-9111
交通アクセス・JR秋葉原駅(有明通り口)より徒歩7分
診療科・消化器内科
主な医師・間道治科長
セカンドオピニオン外来・21000円(30分)～

国領めいようクリニック
住所・東京都調布市 ☎042-440-1515
交通アクセス・京王国領駅・東横駅より徒歩8分
診療科・消化器科
主な医師・酒中久海院長
セカンドオピニオン外来・一般外来扱い

杏林大学医学部付属病院
住所・東京都三鷹市 ☎0422-47-5511
交通アクセス・バス停杏林大学病院前下車
診療科・消化器・一般外科
主な医師・阿部展次講師
セカンドオピニオン外来・10500円(30分)～

横浜市立大学附属市民総合医療センター
住所・神奈川県横浜市 ☎045-261-5656
交通アクセス・地下鉄磯子駅より徒歩5分
診療科・消化器病センター内視鏡部
主な医師・村・数史准教授(部長)
セカンドオピニオン外来・10760円(1回60分以内)

昭和大学横浜市北部病院
住所・神奈川県横浜市 ☎045-949-7000
交通アクセス・市営地下鉄センター南
診療科・消化器センター
主な医師・井上晴洋教授
セカンドオピニオン外来・31500円(30分)

北里大学東病院
住所・神奈川県相模原市 ☎042-743-9111
交通アクセス・バス停北里大学東病院前下車
診療科・消化器内科
主な医師・田邊昭彦教授、佐々木敬、樋口勝彦各医長
セカンドオピニオン外来・21000円(30分)～

▶ 久留米大学病院
九州
住所▶福岡県久留米市 ☎0942-35-3311
交通アクセス▶バス停大学病院下車
診療科▶消化器病センター
主な医師▶中原慶太講師
セカンドオペニオン外来▶21000円(60分)

▶ 福岡大学筑紫病院
九州
住所▶福岡県筑紫野市 ☎092-921-1011
交通アクセス▶西鉄朝倉街道駅より徒歩3分
診療科▶消化器内科
主な医師▶八尾建史准教授、長浜孝講師
セカンドオペニオン外来▶21000円(60分)

▶ 佐賀大学医学部附属病院
九州
住所▶佐賀県佐賀市 ☎0952-31-6511
交通アクセス▶バス停佐大医学部下車
診療科▶消化器内科
主な医師▶下田良医師
セカンドオペニオン外来▶15750円(60分)~

▶ 長崎大学病院
九州
住所▶長崎県長崎市 ☎095-819-7200
交通アクセス▶バス停大学病院前下車
診療科▶消化器内科
主な医師▶大仁田賢講師
セカンドオペニオン外来▶10500円(30分)~

▶ 南風病院
九州
住所▶鹿児島県鹿児島市 ☎099-226-9111
交通アクセス▶JR鹿児島駅より徒歩10分
診療科▶消化器内科
主な医師▶新原亨副院長
セカンドオペニオン外来▶5250円(30分)~

▶ 琉球大学医学部附属病院
沖縄
住所▶沖縄県中頭郡 ☎098-895-3331
交通アクセス▶バス停琉大北口下車
診療科▶第一内科
主な医師▶金城徹医師
セカンドオペニオン外来▶15750円(60分)

▶ 徳島県立中央病院
四国
住所▶徳島県徳島市 ☎088-631-7151
交通アクセス▶JR徳島本線蔵本駅より徒歩3分
診療科▶消化器内科
主な医師▶青木秀俊医長
セカンドオペニオン外来▶10000円(1回)

▶ 徳島大学病院
四国
住所▶徳島県徳島市 ☎088-631-3111
交通アクセス▶バス停大学病院前下車
診療科▶消化器内科
主な医師▶北村晋志医師
セカンドオペニオン外来▶15750円(60分)~

▶ 四国がんセンター
四国
住所▶愛媛県松山市 ☎089-999-1111
交通アクセス▶バス停四国がんセンター前下車
診療科▶消化器内科
主な医師▶仁科智裕医師
セカンドオペニオン外来▶10000円(1回)

▶ 三豊総合病院
四国
住所▶香川県観音寺市 ☎0875-52-3366
交通アクセス▶JR豊浜駅より徒歩5分
診療科▶消化器科
主な医師▶今川敦医長
セカンドオペニオン外来▶10500円(60分)

▶ 済生会福岡総合病院
九州
住所▶福岡県福岡市 ☎092-771-8151
交通アクセス▶西鉄「福岡(天神)」駅より徒歩3分
診療科▶消化器内科
主な医師▶壁村哲平副院長、落合利彰主任部長
セカンドオペニオン外来▶10500円(60分)

▶ 原三信病院
九州
住所▶福岡県福岡市 ☎092-291-3434
交通アクセス▶地下鉄呉服町駅より徒歩5分
診療科▶消化器科
主な医師▶松坂浩史医長
セカンドオペニオン外来▶一般外来扱い(完全予約制)

▶ 兵庫県立がんセンター
近畿
住所▶兵庫県明石市 ☎078-929-1151
交通アクセス▶バス停がんセンター前下車
診療科▶消化器内科
主な医師▶西崎朗部長
セカンドオペニオン外来▶10500円(30分)~

▶ 和歌山県立医科大学附属病院
近畿
住所▶和歌山県和歌山市 ☎073-447-2300
交通アクセス▶JR紀三井寺駅より徒歩10分
診療科▶消化器内科
主な医師▶井口幹崇講師
セカンドオペニオン外来▶14400円(45分)

▶ 岡山大学病院
中国
住所▶岡山県岡山市 ☎086-223-7151
交通アクセス▶バス停岡電バス大学病院前下車
診療科▶消化器内科・光学医療診療部
主な医師▶河原祥朗医師
セカンドオペニオン外来▶20000円(30分)

▶ 広島大学病院
中国
住所▶広島県広島市 ☎082-257-5555
交通アクセス▶バス停大学病院前下車
診療科▶内視鏡診療科
主な医師▶田中信治科長・教授、岡志郎医師
セカンドオペニオン外来▶10500円(30分)~

▶ 広島市立広島市民病院
中国
住所▶広島県広島市 ☎082-221-2291
交通アクセス▶広島電鉄紙屋町東駅より徒歩7分
診療科▶内科
主な医師▶水野元夫主任部長、中川昌浩部長
セカンドオペニオン外来▶一般外来扱い

▶ 鳥取赤十字病院
中国
住所▶鳥取県鳥取市 ☎0857-24-8111
交通アクセス▶JR鳥取駅より徒歩10分
診療科▶内科
主な医師▶田中久雄第一部長
セカンドオペニオン外来▶7350円(1回)

▶ 東大阪市立総合病院
近畿
住所▶大阪府東大阪市 ☎06-6781-5101
交通アクセス▶近鉄奈良線八戸ノ里駅より徒歩15分
診療科▶消化器内科
主な医師▶赤松晴樹部長
セカンドオペニオン外来▶10500円(30分)

▶ 大阪医科大学附属病院
近畿
住所▶大阪府高槻市 ☎072-683-1221
交通アクセス▶阪急京都線高槻市駅より徒歩3分
診療科▶消化器内科(胃腸科)
主な医師▶梅垣英次准教授
セカンドオペニオン外来▶31500円(60分)

▶ 関西ろうさい病院
近畿
住所▶兵庫県尼崎市 ☎06-6416-1221
交通アクセス▶バス停労災病院下車
診療科▶内科・循環器科
主な医師▶中村剛之医師
セカンドオペニオン外来▶10500円(30分)~

▶ 兵庫医科大学病院
近畿
住所▶兵庫県西宮市 ☎0798-45-6111
交通アクセス▶阪神電鉄武庫川駅より徒歩3分
診療科▶消化器内科
主な医師▶大島忠之講師、富田寿彦医師
セカンドオペニオン外来▶15750円(30分)~

▶ 神戸大学医学部附属病院
近畿
住所▶兵庫県神戸市 ☎078-382-5111
交通アクセス▶地下鉄大倉山駅より徒歩5分
診療科▶消化器内科
主な医師▶豊永高史准教授、森田圭紀、藤田欣也各医師
セカンドオペニオン外来▶15750円(30分)~

▶ 佐野病院
近畿
住所▶兵庫県神戸市 ☎078-785-1000
交通アクセス▶バス停西岡橋より徒歩5分
診療科▶消化器センター
主な医師▶小高雅人センター長、蓮池典明医師
セカンドオペニオン外来▶一般外来扱い

都道府県 病院名

電話番号

所在地

▶北海道・東北	北海道	札幌厚生病院	011-261-5331	札幌市
		手稲溪仁会病院	011-681-8111	札幌市
		北海道消化器科病院	011-784-1811	札幌市
		北海道大学病院	011-716-1161	札幌市
		市立旭川病院	0166-24-3181	旭川市
		小樽掖済会病院	0134-24-0325	小樽市
青森		市立小樽病院	0134-25-1211	小樽市
		むつ総合病院	0175-22-2111	むつ市
宮城		弘前大学医学部附属病院	0172-33-5111	弘前市
		仙台オープン病院	022-252-1111	仙台市
秋田		東北大学病院	022-717-7000	仙台市
		市立秋田総合病院	018-823-4171	秋田市
山形		日本海総合病院	0234-26-2001	酒田市
		筑波大学附属病院	029-853-3900	つくば市
茨城		栃木県立がんセンター	028-658-5151	宇都宮市
		自治医科大学附属病院	0285-44-2111	下野市
群馬		真木病院	027-361-8411	高崎市
		さいたま赤十字病院	048-852-1111	さいたま市
埼玉		自治医科大学附属さいたま医療センター	048-647-2111	さいたま市
		埼玉県済生会川口総合病院	048-253-1551	川口市
千葉		国立がん研究センター東病院	04-7133-1111	柏市
		亀田総合病院	04-7092-2211	鴨川市
東京		東京都立駒込病院	03-3823-2101	文京区
		東京大学医学部附属病院	03-3815-5411	文京区
		順天堂大学医学部附属順天堂医院	03-3813-3111	文京区
		国立がん研究センター中央病院	03-3542-2511	中央区
		聖路加国際病院	03-3541-5151	中央区
		国立国際医療研究センター	03-3202-7181	新宿区
		慶應義塾大学病院	03-3353-1211	新宿区
		虎の門病院	03-3588-1111	港区
		国際医療福祉大学三田病院	03-3451-8121	港区
		N T T東日本関東病院	03-3448-6111	品川区
		東邦大学医療センター大橋病院	03-3468-1251	目黒区
		東邦大学医療センター大森病院	03-3762-4151	大田区
		東京女子医科大学東医療センター	03-3810-1111	荒川区
		九段坂病院	03-3262-9191	千代田区

特別付録

大腸ESDが受けられる 全国病院リスト

—大腸ガンも内視鏡治療で切らずに治る—

内視鏡治療は、早期ガンに限れば、胃ガンのほか、大腸ガンや食道ガンに対しても広く行われてきました。たとえば、大腸EMR（内視鏡的大腸粘膜切除術）は、

- ① 肛門から内視鏡をさし入れる
- ② 腸粘膜に生理食塩水を注射（局注）し、ガンを水膨れ状態の中に浮かび上がらせる
- ③ ガン病巣の周囲に針金状の輪（スネア）をひっかけて高周波電流を流し、剥ぎ取るというもの。

ただし、大腸EMRでは、大きさが2cm以下で、粘膜内にとどまっている早期ガンの治療に限られます。一方、大腸ESD（内視鏡的大腸粘膜下層剥離術）なら、ガンの大きさが2cm以上でも一括切除が可能。大腸内視鏡検査で見つかった約5cmの大きな早期ガン（腸の粘膜）で、大腸ESDを受け、切らずに治った幸運なケース（50代男性）もあります。

大腸早期ガンに対するESDは、2011年現在、合併症のリスクや技術的難度から先進医療とされています。実績のある専門病院に限り、国が認める先進医療は保険が利きませんが、全国99病院で大腸ESDが受けられます。

先進医療にかかる費用

2010年6月以降、この大腸ESDを国が先進医療として承認したのを受け、11年7月現在、大学病院などを中心に全国99病院（⇒97～99ページ）が承認済みです。

先進医療とは、高度な先端医療の安全性を確保しつつ、ガン治療の選択肢を広げるという観点から、保険診療との併用を認めるしくみです。

先進医療は、「先進医療に係る費用」については全額自己負担。通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）の費用は、一般の保険扱いになります。

大腸ガンESDを例にとれば、保険扱いとなる入院費用の負担分約6万円を除き、「先進医療に係る費用」は各病院ごとに異なります。実力日本一と高い評判の神戸大学病院が21万8000円、東大病院が20万2000円、岡山大学病院が14万8700円といった具合です。

都道府県

病院名

電話番号

所在地

大阪府	大阪市立大学医学部附属病院	06-6645-2121	大阪市
	北野病院	06-6312-1221	大阪市
	岸和田徳洲会病院	072-445-9915	岸和田市
	其面市立病院	072-728-2001	其面市
	高槻赤十字病院	072-696-0571	高槻市
	大阪府済生会吹田病院	06-6382-1521	吹田市
兵庫	近畿大学医学部附属病院	072-366-0221	大阪狭山市
	佐野病院	078-785-1000	神戸市
	西神戸医療センター	078-997-2200	神戸市
	神戸市立医療センター中央市民病院	078-302-4321	神戸市
	兵庫医科大学病院	0798-45-6111	西宮市
	神戸大学医学部附属病院	078-382-5111	神戸市
奈良	奈良県立医科大学附属病院	0744-22-3051	橿原市
	岡山大学病院	086-223-7151	岡山市
岡山	津山中央病院	0868-21-8111	津山市
	国立病院機構福山医療センター	084-922-0001	福山市
広島	広島大学病院	082-257-5555	広島市
	香川県立中央病院	087-835-2222	高松市
香川	三豊総合病院	0875-52-3366	観音寺市
	四国がんセンター	089-999-1111	松山市
愛媛	原三信病院	092-291-3434	福岡市
	佐田病院	092-781-6381	福岡市
	久留米大学病院	0942-35-3311	久留米市
	福岡大学筑紫病院	092-921-1011	筑紫野市
	戸畑共立病院	093-871-5421	北九州市
	佐賀県立病院好生館	0952-24-2171	佐賀市
福岡	済生会熊本病院	096-351-8000	熊本市
	南風病院	099-226-9111	鹿児島市
佐賀	鹿児島市立医師会医療センター	0995-42-1171	霧島市

* 47都道府県中14県(岩手、福島、新潟、山梨、和歌山、鳥取、島根、山口、徳島、高知、長崎、大分、宮崎、沖縄)は、先進医療の承認施設なし

都道府県

病院名

電話番号

所在地

関東	順天堂大学医学部附属練馬病院	03-5923-3111	練馬区
	町田青陽病院	042-726-6511	町田市
神奈川	昭和大学横浜市北部病院	045-949-7000	横浜市
	横浜市立大学附属市民総合医療センター	045-261-5656	横浜市
富山	富山県立中央病院	076-424-1531	富山市
石川	金沢医科大学病院	076-286-3511	河北郡
	石川県立中央病院	076-237-8211	金沢市
福井	福井大学医学部附属病院	0776-61-3111	吉田郡
長野	信州大学医学部附属病院	0263-35-4600	松本市
	佐久総合病院	0267-82-3131	佐久市
岐阜	朝日大学歯学部附属村上記念病院	058-253-8001	岐阜市
	岐阜大学医学部附属病院	058-230-6000	岐阜市
静岡	静岡県立静岡がんセンター	055-989-5222	藤東郡
	松田病院	053-448-5121	浜松市
愛知	名古屋第二赤十字病院	052-832-1121	名古屋市
	愛知県がんセンター中央病院	052-762-6111	名古屋市
	名古屋大学医学部附属病院	052-741-2111	名古屋市
	名古屋市立大学病院	052-851-5511	名古屋市
	名古屋市立東部医療センター東市民病院	052-721-7171	名古屋市
	刈谷豊田総合病院	0566-21-2450	刈谷市
三重	市立四日市病院	059-354-1111	四日市市
	四日市社会保険病院	059-331-2000	四日市市
滋賀	大津赤十字病院	077-522-4131	大津市
	社会保険滋賀病院	077-537-3101	大津市
京都	国立病院機構京都医療センター	075-641-9161	京都市
	京都府立医科大学附属病院	075-251-5111	京都市
	京都桂病院	075-391-5811	京都市
	武田総合病院	075-572-6331	京都市
	京都大学医学部附属病院	075-751-3111	京都市
	市立福知山市民病院	0773-22-2101	福知山市
	宇治徳洲会病院	0774-20-1111	宇治市
大阪	大阪府立成人病センター	06-6972-1181	大阪市
	大阪府立急性期・総合医療センター	06-6692-1201	大阪市
	多根総合病院	06-6581-1071	大阪市

ESDを選択するための チェックポイント

- ☐ 『早期ガンである可能性が高い』といわれましたか？
- ☐ リンパ管転移のない粘膜内のガンですか？
- ☐ あなたのガンは内視鏡で治せる「太さ3mm以下」ですか？
- ☐ ガンの特徴は「分化型」ですか？
- ☐ ガンの場所は内視鏡で取りやすい部位ですか？
- ☐ 内視鏡治療にともなうリスクを知っていますか？
- ☐ 内視鏡が「ベストの治療法」といわれましたか？

健康ライブラリー

ガンを切らずに治す 内視鏡治療「ESD」がわかる本

2011年8月5日 第1刷発行

講談社編

著者 鈴木 哲

発行所 株式会社講談社

〒102-8001 東京都文京区千石二丁目12-21

電話番号 112-8001

出版部 03-5395-3560

販売部 03-5395-3622

発着部 03-5395-3615

印刷所 印刷印刷株式会社

製本所 株式会社若林製本工場

N.D.C. 98p 21cm

©Kodansha 2011. Printed in Japan

本書はカラーに印刷してあります。
紙に色一貫性は無い場合があります。また、印刷の都合により、色合いが多少異なる場合があります。ご了承ください。
本書は、医療行為の指導を目的として、医師の指導のもとで読むべきです。自己判断による医療行為は、重大な健康被害を招く可能性があります。ご了承ください。
本書は、医療行為の指導を目的として、医師の指導のもとで読むべきです。自己判断による医療行為は、重大な健康被害を招く可能性があります。ご了承ください。
本書は、医療行為の指導を目的として、医師の指導のもとで読むべきです。自己判断による医療行為は、重大な健康被害を招く可能性があります。ご了承ください。

ISBN978-4-06-259666-4

●企画・構成

医療ジャーナリスト 吉原清児 (よしはら・きよへ)

●編集協力

後藤田卓志医師

／国立国際医療研究センター内視鏡科・消化器科部長
東京医科大学消化器内科学科准教授

小田一郎医師

／国立がん研究センター中央病院消化器内視鏡科

●取材協力

酒中久尚医師

／豊橋総合医療センター

草野央医師

／国立国際医療研究センター内視鏡科・消化器科

●写真

岡内正敏

●資料提供

富士フイルム株式会社

オリンパス株式会社

●ブックデザイン

東海林かつこ (next door design)

●本文イラスト

石本温久、小野陽子

■主な参考文献

『内視鏡治療ガイドライン

医師用 2010年10月改訂 第3版』

日本内視鏡学会／編 (金原出版)

『胃がん治療ガイドラインの解説

一般用 2004年12月改訂 第2版』

日本内視鏡学会／編 (金原出版)

『新版 防く、治す胃がんの最新治療』

金子三津留／監修 (講談社)

『食道・胃ESDの基本手技』

小山恒典／編集 (メジカルビュー社)

『切開・剥離法導入マニュアル

消化管内視鏡的粘膜切除術』

消化管内視鏡治療研究会／企画

赤澤三三／編集 (日本メディカルセンター)

文京区立図書館

2011. 8. 18